N° 5

ÉTUDE

SUR

LA CYSTOTOMIE

ET

LA KOLPOCYSTOTOMIE

DANS LES CAS DE CATARRHE GRAVE

DE LA VESSIE ET DE CONTRACTURE DOULOUREUSE DU COL

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 6 février 1885

PAR

Joseph CAPOULADE

Né aux Touzes (Aveyron)

Chargé des fonctions d'aide d'anatomie (Année 1881-1882)

Ex-Interne des hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
GRASSET..... ....) Assesseurs
LANNEGRACE.....)

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.

MARTINS (O. ✻) COURTY ✻. Profes. honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN, agrégé.

Agrégés

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
GRYNFELTT.	REGIMBEAU ✻.
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	DUMAS fils.
ROUSTAN.	BLAISE.
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE.
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. BENOIT, *président ;*
DUBRUEIL, professeur;
TÉDENAT, agrégé ;
DUMAS fils, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

J. CAPOULADE.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BENOIT

A Monsieur le Docteur PAMARD

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon

A mon Maître à l'Hôpital Général

Monsieur le Professeur-Agrégé BATTLE

Médecin en chef du service des enfants

A MM. les Professeurs-Agrégés

CHALOT, BLAISE, TÉDENAT, BIMAR
CARRIEU

J. CAPOULADE.

INTRODUCTION.

La plupart des opérations qui nous viennent des anciens ont subi, à travers les âges, toutes les vicissitudes de la vogue et de la défaveur: tantôt elles ont vu leur domaine s'élargir, tantôt leurs indications sont devenues plus rares; de sorte que l'on serait tenté de voir dans ces oscillations incessantes comme une incertitude inhérente à l'art de guérir; il faut considérer plutôt le but louable du chirurgien et ne voir dans son hésitation, que des difficultés multiples rendent le plus souvent inévitable, que la préoccupation constante qui dirige tous ses efforts vers la recherche consciencieuse de la vérité et du progrès. C'est ce que nous démontre, d'une manière frappante, la cystotomie.

Appliquée seule, dès le début, à l'extraction des calculs, elle vit plus tard la lithotritie lui faire une concurrence sérieuse, et enfin la litholapaxie, sous l'impulsion de Bigelow. est venue complètement la détrôner.

Cependant la cystotomie a reçu dans ces derniers temps d'autres applications, et celle que nous allons étudier n'est ni la moins importante, ni la moins rationnelle.

C'est une question toute nouvelle que celle du traitement du catarrhe grave de la vessie et de certaines contractures douloureuses du col par l'opération sanglante, et en raison de sa nouveauté, difficile à bien exposer et à bien traiter. Aussi nos Juges voudront-ils bien considérer la rareté des publications afférentes à notre sujet, leur origine étrangère et l'impossibilité de nous les procurer toutes, comme autant d'excuses aux lacunes et aux imperfections de notre travail.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici tous nos remercîments à M. le professeur-agrégé Chalot qui nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a facilité les recherches bibliographiques ; à M. le professeur Dubrueil qui a bien voulu le lire et nous en indiquer les lacunes ; à notre excellent ami M. le Dr Pilatte qui s'est entièrement mis à notre disposition pour la traduction des auteurs étrangers.

Division du sujet.— Un premier chapitre sera consacré à l'historique de la question ; un second comprendra l'étude de la cystite chronique, l'exposé succinct des traitements ordinaires, données qui nous serviront à poser les *indications* de la cystotomie ; un troisième sera consacré aux états douloureux du col qui nous paraissent devoir bénéficier de cette opération ; nous étudierons ensuite les contre-indications opératoires, les divers procédés de cystotomie et de kolpocystotomie, en nous arrêtant à celui qui nous paraîtra le meilleur, et nous terminerons cette étude par des tableaux de statistique qui viendront appuyer nos conclusions.

ÉTUDE

SUR LA

CYSTOTOMIE ET LA KOLPOCYSTOTOMIE

DANS LES CAS DE CATARRHE GRAVE

DE LA VESSIE ET DE CONTRACTURE DOULOUREUSE DU COL

Historique.

Nous emprunterons les éléments de cette étude au Mémoire de The Addis Emmet *(American Practitioner)*, et à la thèse de Chevalier, de Bordeaux, nous réservant de compléter ces renseignements par quelques aperçus nouveaux sur la question.

L'idée d'appliquer aux catarrhes chroniques rebelles de la vessie la même opération sanglante qu'à l'extraction des calculs, est probablement née d'une erreur de diagnostic : l'histoire médicale, en effet, renferme de nombreuses observations où il est relaté que des chirurgiens ont pratiqué la taille et guéri une cystite chronique, alors qu'ils croyaient débarrasser la vessie d'une pierre. La plupart des lithotomistes du moyen-âge étaient si peu éclairés sur leur diag-

nostic, qu'avant d'opérer ils avaient toujours soin de se munir d'un calcul pour dissimuler leur erreur aux yeux du patient et du public. Dans ce cas, la prudence leur tenait lieu de science.

Ces observations de cystites non calculeuses guéries *involontairement* par la taille, durent suggérer à quelques chirurgiens l'idée d'appliquer la cystotomie au traitement des catarrhes graves de la vessie.

Quoi qu'il en soit, il faut remonter jusqu'à François Collot, le dernier et non le moins habile lithotomiste de la famille des Collot (Traité de l'opération de la taille, Paris, 1787, pag. 253), pour voir la cystotomie érigée en méthode de traitement de la cystite chronique. Il cite, dans son ouvrage, quatre observations très probantes qui ne doivent laisser subsister aucun doute pour personne au sujet de la question de priorité; d'ailleurs, voici ce qu'il dit dans un passage de son livre: «Les urines se suppriment dans la vessie, lorsque le col et l'urèthre souffrent; ces matières purulentes provenues d'un ancien ulcère virulent et de chaudepisses, quoique très bien guéries dans la suite, font des impressious fâcheuses.... De plus, lorsqu'il y a quelque disposition fâcheuse dans les humeurs, le dépôt s'en fait pour l'ordinaire sur les parties souffrantes; l'urèthre et le col de la vessie en cet état se gonflent et se resserrent; l'âcreté des matières augmente ce resserrement; la vessie embarrassée ne se décharge que d'une partie de ce qu'elle contient; son action se perd insensiblement; le séjour des matières qui restent des urines et des fontes s'échauffe et se corrompt, blesse la vessie et la menace de quelque accident fâcheux.

«Ces malades ont deux voies qui conduisent à la guérison; la première voye et la plus douce est l'usage des bougies, chargées de remèdes doux et fondants, et non pas de caustiques... Si pourtant le mal est trop grand et qu'il résiste à

ces remèdes, il faut avoir recours aux remèdes rigoureux ; on doit faire une incision au périnée, y entretenir une canule pour un temps, tirer les urines et les matières corrompues, faire de bonnes injections dans la vessie ; par là, on arrêtera le progrès des accidents, et une bonne suppuration rétablira ce viscère qui est nécessaire à la vie et à toutes les parties de son voisinage.»

Avant Collot, Avicenne et Thévenin avaient conseillé la boutonnière périnéale et l'emploi d'une canule à demeure au périnée, mais seulement comme traitement palliatif d'un calcul dont l'extraction était jugée impossible ; plus tard, J.-L. Petit pratiqua la boutonnière périnéale dans le cas de rétention d'urine d'origine uréthrale ou prostatique.

En 1803, Bouchardat traita la cystite chronique par la cystotomie ; mais ses essais isolés restèrent inconnus ou ne se propagèrent pas, si on en juge par le silence absolu des auteurs classiques à ce sujet.

Aussi les chirurgiens américains, ignorant sans doute les tentatives de Collot et de Bouchardat, ont-ils pu considérer cette opération comme une innovation. Il n'en est pas moins avéré que, possédant cet esprit pratique propre au peuple américain «qui le fait s'intéresser d'abord aux nouveautés, pour se les approprier ensuite», ce sont eux qui ont vulgarisé la cystotomie contre la cystite chronique et l'ont fait passer dans la pratique courante en Amérique.

L'honneur d'avoir inauguré le premier cette méthode de traitement chez l'homme, revient à W. Parker de New-York: sa première opération, qui date de 1846, fut faite pour extraire un calcul vésical, alors qu'il s'agissait d'une cystite chronique ; trois mois plus tard, le malade mourait de lésion rénale. Cependant l'amélioration du catarrhe vésical survenue après l'opération, éveilla chez lui l'idée d'appliquer la cystotomie au traitement de la cystite chronique. Le 23 no-

vembre 1850, il tailla à l'Hôpital de Belleville un malade atteint de cystite chronique; comme précédemment, la mort survint au bout de quelques jours par dégénérescence rénale. C'est seulement en 1867 qu'il exposa sa méthode à la société médicale de New-York (Cystite et rupture de la vessie traitée par la cystotomie, New-York 1867). Son but était, disait-il, d'ouvrir une voie extérieure à l'urine à mesure qu'elle est sécrétée, et d'accorder du repos à la vessie.

Addis Emmel fut le premier à pratiquer la cystotomie chez la femme pour une cystite chronique. Cette pratique lui fut suggérée en 1858 par Sims, qui lui conseilla, pour guérir plus rapidement le catarrhe vésical, de laisser ouverte la fistule vésico-vaginale créée artificiellement pour l'extraction de la pierre. Sa première opération date de 1861 : la fistule vésico-vaginale se ferma rapidement sans amélioration, et il fut obligé de pratiquer une seconde ouverture plus large, qui fut close au bout de dix mois. Le résultat fut excellent, et la guérison se maintenait encore après huit ans. Encouragé par ce succès, Emmel adopta ce mode de traitement pour tous les cas de cystites rebelles chez la femme, et nous aurons l'occasion de citer, dans la suite de ce travail, quelques observations que nous lui avons empruntées.

Cependant la priorité de cette opération, chez la femme, fut réclamée par le Dr Bozemann dans un travail qu'il fit paraître en 1871 (*Urethrocele, Catarrh, and Ulceration, of the Bladder in Females*). Sa première cystotomie vaginale aurait été faite en janvier 1861, tandis que celle d'Emmel date du mois de juillet de la même année. Quoi qu'il en soit, le succès fut complet, et la guérison ne se démentait pas au bout de neuf ans.

Plus heureux que le promoteur de la méthode, le professeur Eve de Naswille eut un succès complet, chez l'homme, en 1866; son cas est consigné dans le mémoire de W. Parker.

Le Dr Battey, en 1869, pratiqua aussi la cystotomie dans un cas de cystite.

On en était à ces essais isolés, lorsque parut, en 1878, le mémoire de Montrose Pallen (*The American Journal of obstetrics*) contenant la relation de huit cas de cystite chronique rebelle traités par l'ouverture artificielle d'une fistule vésico-vaginale : l'auteur donna à cette opération le nom de Kolpocystotomie, et cette dénomination est restée pour désigner chez la femme ce mode de traitement. Ses tentatives furent en partie couronnées de succès, de sorte que le chirurgien américain a pu dire : « Il résulte d'une étude de la cystite chronique, pendant près de douze ans chez la femme, que cette médication est utile dans le plus grand nombre de cas; que cette affection est souvent améliorée, mais qu'elle ne guérit jamais, à moins d'obtenir le repos complet de la vessie, et que pour acquérir la cessation du spasme et des contractures vésicales, il faut la conserver vide pendant des mois et des années, ce qui ne peut avoir lieu que par la formation d'une fistule vésico-vaginale artificielle. »

Les cas de cystotomie pour cystite chronique, quoique plus rares chez l'homme, se multiplient cependant assez pour que dans le 31e meeting annuel de « l'*American medical Association* 1880 », le Dr Robert Weir puisse fournir une statistique de 47 cas : les résultats étaient satisfaisants, puisqu'il y eut 23 guérisons et 7 améliorations; quant aux cas de morts constatés, la plupart étaient dus à des lésions rénales existant avant l'opération.

Signalons en passant un cas de Post (*Jahresber Virch, Kirsch*) opéré avec succès en 1880; un cas de Barss (*Boston Medical and. Surg Journal*, N° 23, décembre 1879), où le catarrhe chronique persistait depuis 5 ans, et où la mort survint 17 mois après l'opération par lésion rénale ; deux cas

de Harrison (*Disorders of the urinaryorgans, by Harrison*, 1880).

Comme on le voit, la plupart des faits connus de cystotomie et de kolpocystotomie pour cystite chronique, nous viennent des États-Unis. C'est une opération actuellement passée dans la pratique courante de presque tous les chirurgiens américains, et le professeur Gross résume bien l'opinion de ses compatriotes, quand il dit: «Le seul traitement rationnel de l'ulcération de la vessie, est l'ouverture périnéale. La grande difficulté de cette opération, est de maintenir béante assez longtemps cette ouverture. Il faut faire un essai loyal de la cystotomie dans les cas chroniques, parce qu'elle offre la seule chance de repos à la vessie.» Le savant annotateur du Traité pratique des maladies des voies urinaires de Thompson, le Dr Jude-Huc, de Rouen, juge de son côté cette opération comme très satisfaisante: « La cystotomie, dit-il, pour cas de cystites très rebelles, s'accompagnant de ténesme et de spasme, est aujourd'hui (1873) passée dans la pratique courante de l'hôpital des femmes de New-York, où l'un de nous a été à même d'en apprécier les heureux effets chez ces malades qui, autrement, étaient vouées à une mort aussi misérable que certaine.»

Malgré les heureux résultats acquis, la cystotomie, dans le cas de cystite chronique, n'est guère sortie de son foyer d'implantation ; elle ne s'est pas répandue en France, si nous en jugeons par le silence des auteurs classiques à ce sujet.

Elle est signalée dans quelques traités récents des maladies des voies urinaires, mais elle n'est acceptée qu'avec une extrême méfiance, si elle n'est pas même complètement rejetée.

Guyon, dans ses Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires (1881) ne la signale même pas; Voillemier et le Dentu (Maladies de la prostate et de la vessie, tom. II, 1881), parlant du traitement et de la cystite chronique, avec prédo-

minance des spasmes et de douleurs atroces, hasardent ainsi timidement leur opinion: «Dans des cas aussi désespérés, il est permis de songer à un mode thérapeutique spécial, à une opération se rapprochant plus ou moins de la lithotomie.»

J. Chauvel, dans son article *Cystite* du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales (1880), consacre quelques lignes à cette opération, mais il ne donne aucun aperçu nouveau.

La thèse de Chevalier (Essai sur le traitement de la cystite chronique rebelle par la cystotomie, chez l'homme et chez la femme, Bordeaux 1882), est le premier travail d'ensemble paru en France sur la question. Après avoir reproduit la plupart des observations des chirurgiens américains, il rapporte un cas de cystotomie qui lui a été communiqué par M. le Professeur-agrégé Poinsot, et se base sur ce fait pour attribuer à Poinsot le mérite d'avoir fait revivre le premier, en France, la cystotomie comme traitement de la cystite chronique.

Signalons un cas de Duplay paru dans les *Archives de Médecine* en août 1883.

En Angleterre, il n'est pas fait mention de la cystotomie, pour combattre la cystite chronique, dans les leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires de Thompson, ni dans son Traité magistral (édition de 1880). Mentionnons cependant un cas dû au Dr Macfie Campbell (*Chronic cystitis, cystotomy, in the Lancet*, tom. I, 17 avril 1882), et qui fut suivi d'une complète guérison.

Bryant *(Manuel for the pratice of surgery)*, conseille cette opération pour les ulcérations de la vessie qui succèdent si souvent à la cystite chronique, mais il ne l'a jamais pratiquée.

Comme on le voit par ce rapide aperçu, les observations se succèdent, la cystotomie tend à élargir son domaine, mais

personne ne songe à établir les indications nettes et précises de cette méthode de traitement dans le cas qui nous occupe.

Seul, Horovith, de Vienne, dans une courte étude publiée *in Wiener Medizinische Wochenschrift* (N^{os} 13 et 14, 1883), essaie de poser les bases de cette application de la thérapeutique chirurgicale. Son mémoire devant être analysé plus loin, dans le cours de cette étude, nous ne faisons que le mentionner ici.

On ne se borna pas à appliquer la cystotomie au traitement de la cystite chronique rebelle ; on crut voir aussi dans la contracture douloureuse, le spasme et la névralgie du col de la vessie, une indication particulière à cette opération. Sans doute, quelquefois ces manifestations douloureuses ne sont qu'un symptôme d'une cystite préexistante, mais elles peuvent aussi exister comme entités morbides et leur traitement par la cystotomie correspond à des indications spéciales. C'est ce qui nous a déterminé à traiter à part cette partie d'historique.

L'honneur d'avoir inauguré le premier ce mode de traitement, contre ce complexus morbide, revient à Fergusson. C'est en juillet 1855, que ce chirurgien pratiqua la cystotomie chez un homme (V. H.) pour une contracture douloureuse du col et une irritabilité de la vessie. Son but était, disait-il, non pas d'extraire une pierre qui n'existait pas, mais de sectionner le plexus nerveux et les parties irritées du col. Le 5 octobre, c'est-à-dire deux mois après, le malade était complètement guéri.

Après lui, un praticien français, Lesueur, de Vimoutiers (Orne), ignorant probablement le cas de Fergusson, tailla en 1860, un médecin âgé de 70 ans, pour une contracture douloureuse du col vésical.

Dolbeau, en 1866, préconise la taille médiane dans les

cas de contraction spasmodique de l'urèthre, entraînant des lésions vésicales et rénales; il cite deux observations de contracture douloureuse du col, où il eut recours, comme dernière ressource, à la section uréthrale de dehors en dedans, et débrida largement la région musculeuse et prostatique de l'urèthre. D'ailleurs, voici son opinion manifestée dans ses Leçons sur les maladies des voies urinaires : « J'ai soigné beaucoup de ces malades, tous nos Maîtres avaient échoué dans leurs tentatives variées; or, j'ai toujours vu les malades succomber après avoir mené une existence misérable pendant un temps qui variait entre 3 et 7 années. Deux faits qui m'appartiennent me portent à penser que la section uréthrale externe est le seul moyen efficace de guérir la contracture des sphincters de la vessie, et par conséquent de mettre les malades à l'abri des complications fatalement mortelles, mais encore faut-il intervenir à temps. »

A l'exemple de Fergusson, Mac Craith, de Smyrne, pratiqua, en 1867, la cystotomie médiane pour remédier à des douleurs vésicales anciennes « irritable bladder » ; son but était le même que celui du promoteur de la méthode : diviser le plus complètement possible les nerfs du col vésical. Il y eut amélioration, mais non succès complet, attendu que le malade conserva des spasmes vésicaux douloureux et un besoin fréquent d'uriner,

En France, Verneuil pratiqua, en 1869, la taille prérectale dans un cas de cystalgie rebelle à tous les traitements ; l'opération réussit pleinement ; un soulagement très prompt se manifesta et, la plaie guérie, le malade put reprendre ses occupations ordinaires. Mais il succomba l'année suivante à des accidents urémiques. Le même chirurgien renouvela cette opération en novembre 1880 dans des circonstances semblables. Cette fois la cystalgie ne fut pas améliorée.

Vers la même époque, Guyon pratiqua la taille médiane

pour une cystalgie rebelle ; il y eut une amélioration momentanée, mais la guérison de la cystite nécessita un traitement régulier et suivi.

Lawson Tait, en Angleterre (*Lancet*, vol. II, p. 788, 1870), nous met au courant de la pratique anglaise dans le cas d'ulcère perforant chronique, s'accompagnant de douleurs atroces ; il cite, en effet, deux cas empruntés à Simpson, où ce chirurgien établit contre cette affection une fistule vésico-vaginale artificielle : le résultat fut très brillant et la guérison fut complète. C'est sur ces deux observations que se base Lawson Tait pour attribuer à sir James Simpson, l'idée première de la kolpocystotomie.

Ce n'est qu'en 1872 que le Dr Grazianetti publia (*Annal univ. di med. Buglio* 1872) l'observation d'un malade atteint de spasme vésical chronique chez lequel le professeur Bollini pratiqua, avec succès, l'incision du col de la vessie avec l'inciseur prostatique de Mercier.

Francesco Parona, de Novare, rapporte dans la *Rivista clinica* de 1875 (N° 13, p. 97) deux nouveaux cas de spasme et de contracture douloureuse de la vessie guéris par la cystotomie médiane : l'un appartient à ce chirurgien, l'autre est tiré du répertoire de *Medora* de Padoue. Comme on le voit, les chirurgiens italiens auraient tort de vouloir s'attribuer l'idée première de cette méthode de traitement, qui avait été mise en pratique bien avant eux.

Citons, pour être complet, la thèse de Laforest (1878), où sont consignées les observations des auteurs italiens, et où l'auteur se montre partisan de la cystotomie dans les cystites à forme névralgique ; celle de Gergaud (1882), qui, après avoir examiné plusieurs cas, ne les trouve pas assez concluants pour se prononcer sur la valeur de la méthode ; celle de Boymond (1882), dans laquelle l'auteur propose de substituer à la cystotomie chez l'homme une boutonnière

périnéale, à la faveur de laquelle on pourra pratiquer la dilatation de la région prostatique de l'urèthre et du col de la vessie. Nous trouvons dans ce travail un cas de cystotomie pour cystite spasmodique du col, dû à M. Ollier, de Lyon.

Enfin, à la série des opérations déjà connues, vient s'ajouter celle que M. le professeur-agrégé Tédenat, de Montpellier, pratiqua, en septembre 1882, chez un homme atteint de cystite douloureuse du col, Nous rapportons l'observation plus loin.

Indications de la cystotomie dans la cystite chronique.

Avant d'aborder l'étude des indications dans les cas de cystite chronique, il nous paraît utile de décrire succinctement cette affection en insistant sur les formes graves, les seules où l'intervention chirurgcale devienne nécessaire.

Nous diviserons le catarrhe vésical chronique en trois degrés, suivant l'ancienneté ou plutôt la gravité de la lésion. Cette division, bien qu'elle paraisse artificielle au premier abord, et que l'appareil symptomatique soit souvent peu tranché d'un état à l'autre, s'impose cependant au point de vue clinique, car à chaque degré correspond un traitement particulier.

Le premier et le deuxième degré sont caractérisés surtout par des symptômes locaux: le malade éprouve des douleurs sourdes dont le siège est variable (bas-ventre, périnée, anus, région lombaire, etc.); ces douleurs sont le plus souvent réveillées par la miction ; dans l'intervalle ce sont plutôt des sensations pénibles que de véritables souffrances; quelquefois même le catarrhe est indolent.

Aux phénomènes douloureux se joignent les troubles

fonctionnels représentés par des envies fréquentes d'uriner, quelquefois par de l'incontinence d'urine. Les mictions se reproduisent toutes les deux heures, toutes les heures, quelquefois même toutes les demi-heures.

Dans ces deux premiers degrés qui correspondent à peu près aux variétés cliniques que le professeur Gosselin a désignées sous le nom de cystite *muqueuse* et de cystite *muco-purulente*, les urines présentent un dépôt d'un jaune pâle ou grisâtre, et s'il existe en même temps une certaine quantité de pus, le dépôt devient jaune-verdâtre ; elles sont légèrement louches au moment de l'émission, comme celles des herbivores ; leur acidité est diminuée, et exposées à l'air, elles deviennent rapidement alcalines. La fétidité est un symptôme assez rare.

Comme on le voit, tous ces symptômes ne dénotent qu'une altération superficielle de la muqueuse vésicale ; il n'y a encore qu'une desquamation épithéliale avec une coloration légèrement ardoisée de la muqueuse ; l'état général est peu ou pas altéré ; les malades supportent bien cette affection qui, si elle reste stationnaire, leur permet de vivre de longues années. Le pronostic serait donc assez bénin, si la maladie n'avait pas de tendance à passer au troisième degré.

Troisième degré. — Ce qui domine ici, ce sont : 1° les urines purulentes ; 2° leur transformation ammoniacale ; 3° leur stagnation dans la vessie par suite de l'insuffisance du muscle vésical altéré ; et de là résulte 4° la résorption des produits anormalement formés et les symptômes généraux consécutifs.

L'inflammation se propageant de proche en proche, de superficielle devient profonde ; l'hypersécrétion catarrhale et l'exfoliation épithéliale aboutissent à l'ulcération de la muqueuse vésicale ; les urines deviennent purulentes et donnent

lieu à un dépôt d'un blanc mat, au-dessus duquel on remarque un dépôt muqueux plus ou moins abondant, séparé du précédent par une ligne ordinairement très nette. D'ailleurs l'examen microscopique vient différencier ces sédiments en révélant la présence de leucocytes, pourvu toutefois qu'une altération putride trop avancée ne les ait altérés. Il faut bien se rappeler, cependant, que le pus mélangé aux urines peut, non seulement provenir de la vessie, mais encore être fourni par les uretères, les calices, les bassinets ou les reins, ou même reconnaître pour cause une poussée d'inflammation aiguë dans le cours d'une cystite chronique ; de sorte que ce symptôme nous paraît insuffisant pour diagnostiquer un catarrhe grave.

A un degré plus avancé, les urines prennent les caractères que Mercier a attribués aux urines qu'il a appelées *glaireuses*. Elles sont remarquables par l'extrême viscosité du dépôt, et résultent d'une transformation spéciale du mucus et du pus sous l'influence du carbonate d'ammoniaque qui provient de la décomposition de l'urée ; « elles ont une couleur jaune ou brun rougeâtre, une odeur ammoniacale ou alliacée, une réaction alcaline prononcée et un poids spécifique élevé. » (Horovith.)

On trouve, en outre, dans cette forme de catarrhe des dépôts de carbonates, de phosphates et particulièrement de phosphates ammoniaco-magnésiens ; des formations épithéliales diverses, des grandes quantités de micrococcus, des amas d'urate d'ammoniaque, etc. Les symptômes fonctionnels s'exagèrent peu à peu ; les mictions deviennent très fréquentes et les douleurs qui les accompagnent ou qui les suivent sont intolérables.

Diverses complications peuvent venir compléter ce tableau symptomatique déjà si sombre. Etablissons d'abord que dans ces catarrhes rebelles à tout traitement interne ou

local, le processus inflammatoire peut gagner de proche en proche les uretères, le bassinet, les calices et aboutir enfin à la néphrite et à la suppuration des reins. De plus, le muscle vésical soumis à un surcroît de travail pour éliminer les produits visqueux et épaissis du réservoir urinaire et ayant, en outre, à lutter contre des obstacles mécaniques, le plus souvent causes premières de la cystite chronique, s'hypertrophie d'abord pour suffire à cette suractivité fonctionnelle. Cette hypertrophie *providentielle* que, par une comparaison heureuse, Le Dentu a assimilée à l'hypertrophie du cœur produite dans le cas de lésions valvulaires ou d'obstacles mécaniques ayant pour siège la circulation périphérique, assure pour un temps le bon fonctionnement de la vessie; mais il arrive presque toujours un moment où l'appareil contractile surmené a le dessous dans cette lutte continuelle; le muscle vésical se sclérose ou s'affaiblit, et cet état se produit d'autant plus rapidement, que les altérations du voisinage de la muqueuse et de l'urine y contribuent plus puissamment. Dans certains cas, la vessie ne reste pas libre et isolée; le contact permanent d'une urine plus ou moins altérée irrite ces parois et le tissu cellulaire du petit bassin s'est enflammé chroniquement; si cette inflammation est partielle, il en résulte des adhérences qui inclinent la vessie d'un côté ou de l'autre, en avant ou en arrière; si l'inflammation est générale, ce qui est la règle, toute la vessie sera entourée d'un tissu dense, fibreux, qui l'immobilise en partie et l'empêchera de se contracter d'une façon efficace. (De la rétention incomplète d'urine, Jean, Thèse de Paris, 1879.)

Ces conditions doivent fatalement aboutir à la stagnation de l'urine dans la vessie.

Mais les faisceaux musculaires hypertrophiés vont nous fournir la preuve d'une nouvelle rétention et d'une nou-

velle stagnation d'urine. L'hypertrophie porte fréquemment sur ce faisceau qui relie l'orifice des deux uretères et il en résulte une bride transversale limitant en avant le bas-fond de la vessie dont il exagère la dépression ; « c'est là que stagnera le résidu urinaire que la contraction musculaire sera impuissante à évacuer.» (Jean, Thèse de Paris, 1879.) Les autres faisceaux musculaires participant aussi, dans une certaine mesure, à l'hypertrophie générale, laissent entre eux des intervalles au niveau desquels la membrane muqueuse n'étant plus soutenue, se déprime de plus en plus et tend à s'accoler à la tunique celluleuse ; il en résulte de petites dépressions qui constitueront à la longue ce que l'on appelle des *cellules* et des *poches vésicales*. Nous ne discuterons pas ici le mécanisme de leur formation, qu'il nous suffise de dire que ces différentes cavités se rencontrent assez souvent dans les cystites chroniques passées au troisième degré. Les cellules sont généralement multiples ; leur siège de prédilection est la base et la paroi postérieure de la vessie ; quant aux poches vésicales généralement en petit nombre, elles ont des dimensions plus considérables et représentent comme autant de réservoirs secondaires appendus au réservoir principal de l'urine. Il est un point essentiel à noter, c'est que ces dépressions formées par une véritable hernie de la muqueuse à travers les faisceaux musculaires, ne sont pas contractiles et ne peuvent, par conséquent, expulser leur contenu.

La muqueuse vésicale qui tapisse ces diverticulums, se trouvant continuellement en contact avec l'urine altérée, subit une irritation permanente ; les produits anormaux putréfiés par un long séjour dans la vessie finissent par l'ulcérer ; l'ulcération gagnant de proche en proche, envahit la vessie tout entière. Ce processus inflammatoire et ulcératif est non seulement la cause de suppurations intaris-

sables, mais il peut produire encore des accidents beaucoup plus graves, tels que gangrène, perforations, etc.

Enfin, apparaît le cortège des symptômes généraux. Ce n'est d'abord qu'une fatigue, de l'anorexie, du dépérissement résultant des insomnies et des souffrances ; la faiblesse augmente avec la quantité de mucus et de pus excrétés, quantité parfois énorme ; mais quand la destruction de l'épithélium protecteur de la muqueuse vésicale est opérée; quand la muqueuse elle-même est atteinte, alors se développent les accidentss de la résorption urineuse et putride avec toutes leurs conséquences, tels que accès fébriles, d'abord intermittents, puis continus, troubles gastro-intestinaux, cachexie progressive et conduisant à l'émaciation générale amenant le plus souvent une terminaison funeste.

Tel est le triste sort réservé au malade atteint d'une pareille affection.

Voyons maintenant si les traitements ordinaires contre la cystite chronique peuvent suffire à tous les cas. Les cystites chroniques légères cèdent généralement à un traitement interne et local bien dirigé; il suffft quelquefois de supprimer la cause du mal (rétrécissements de l'urèthre, valvule du col vésical, corps étranger de la vessie, etc., etc.), pour voir disparaître avec elle l'inflammation vésicale. «Sans doute, prise à temps, dit Chauvel (art. *Cystite* du Diction. de Dechambre), l'affection ne survit pas à l'enlèvement de sa cause productive ; mais qui ne sait combien les muqueuses altérées par une inflammation chonique sont longues à reprendre leur état normal ?»

Le plus souvent, il faudra donc recourir à une médication active. L'hygiène et la diététique jouent un rôle important; les grands bains de siège tièdes conviennent indifféremment à tous les cas ; la médication interne (émollients, diurétiques, stimulants, etc.), rend de grands services en

rendant l'urine moins irritante, en la diluant, ou en modifiant la muqueuse vésicale elle-même. Le traitement local présente une grande importance et consiste essentiellement dans l'évacuation régulière et fréquente du liquide plus ou moins altéré que renferme la vessie, et dans l'emploi d'injections intra-vésicales modificatrices de l'urine et de la muqueuse. L'évacuation de l'urine est assurée par le cathétérisme répété ou par la sonde à demeure ; mais de ces deux procédés, le premier est fréquemment douloureux surtout dans ces formes de cystites chroniques qui, sans présenter des lésions bien avancées, sont remarquables par la prédominance des spasmes et l'excessive irritabilité de la vessie et le second mal toléré par les malades pour lesquels il est la source d'une incommodité permanente; il présente, de plus, le sérieux danger d'aggraver le catarrhe vésical à cause de l'irritation constante qu'il détermine sur une muqueuse déjà enflammée. Le Dentu se montre très réservé dans l'emploi de ce moyen, quand il dit : « Il faut souvent vider la vessie et engager, pour cela, les malades à se sonder trois ou quatre fois par jour; mais que de difficultés à l'exécution de cette prescription ! Rien n'est plus simple si le canal est libre, si le passage de la prostate n'est pas trop malaisé, si la sensibilité du col n'est pas exaltée, si le froissement de sa muqueuse n'est pas facilement suivi d'hématurie ; car, il y a autant de contre-indications dans les circonstances inverses, si bien que chez beaucoup de sujets, le cathétérisme répété, même avec des sondes simples, ferait certainement plus de mal que de bien et qu'il vaudrait mieux y renoncer entièrement. La sonde à demeure est également à éviter, à cause de ses inconvénients ordinaires.» (Voillemier et Le Dentu, Traité des maladies des voies urinaires, t. II, p. 289.)

Les injections vésicales seront faites à l'aide d'une poire

en caoutchouc, d'une seringue d'une contenance connue, ou plutôt d'un entonnoir relié à la sonde par un tube en caoutchouc, qu'on pourra élever à volonté avec l'une de ses mains, tandis que l'autre maintiendra la sonde en place; si la sonde est à double courant, on pourra pratiquer une véritable irrigation de la vessie. Quant aux substances préconisées pour ces injections, on les choisira parmi les détersives, les anti-putrides, les narcotiques, les acides, les alcalines, les émollientes, les excitantes, les astringentes, les caustiques, etc., suivant l'action thérapeutique que l'on désirera obtenir. Outre la difficulté que l'on éprouve quelquefois à faire parvenir ces injections dans la vessie, même en employant le procédé de J. Cloquet et préconisé par Mallez, basé sur le principe des vases communicants, il en est d'inutiles et même de dangereuses. D'après Le Dentu, l'injection la plus anodine, en apparence, telle que l'eau de goudron, peut déterminer une réaction trop vive, de sorte qu'il faut agir avec la plus grande prudence. Nous ne contesterons pas cependant l'utilité de pareils moyens dans le traitement de la cystite chronique ; ils comptent à leur actif beaucoup d'améliorations et même de guérisons complètes. C'est surtout dans les premiers degrés du catarrhe, que cette médication sagement conduite et longtemps continuée peut parvenir à enrayer la marche de la maladie.

Il est, toutefois, des cas, et ils sont nombreux, où les traitements les mieux dirigés ne réussissent pas, soit parce que la lésion organique est passée au troisième degré, soit parce que, même avec des lésions superficielles, la cause ne peut être supprimée ou les troubles urinaires modifiés suffisamment. Qu'il nous soit permis, pour donner plus de poids à nos assertions, sur la ténacité désespérante et la gravité de certaines formes de cystistes chroniques, de citer l'opinion de quelques auteurs compétents: « Le catarrhe vésical, dit

Boyer (Œuvres chirurgicales, t. IX, p. 27), est toujours une maladie fort longue ; sa durée est ordinairement de plusieurs années, chez quelques personnes ; il ne cesse qu'avec la vie. Toutefois, lorsque les symptômes sont intenses, et qu'ils persistent sans interruption, ils laissent rarement les malades vivre plus d'une année. » Voillemier et Le Dentu, à propos du traitement, expriment à peu près la même opinion. (Traité des maladies des voies urinaires, t. II, p. 282). « Si le nombre des moyens vantés depuis un siècle, met à la disposition du médecin tout un arsenal de ressources thérapeutiques, il n'est malheureusement que trop vrai que, ici comme dans d'autres circonstances, cette richesse apparente est l'indice d'une résistance opiniâtre de la maladie aux efforts dirigés contre elle. »

Cependant, malgré le peu d'efficacité du traitement, quand la cystite ne dépasse pas le second degré, c'est une affection le plus souvent supportable, surtout chez le vieillard prédisposé aux formes lentes et atoniques ; « elle devient pour lui, un de ces ennemis intérieurs, avec lequel il doit se résigner à vivre aussi bien que possible et cela pendant des années. Il peut bien survenir de temps en temps une poussée aiguë qui augmente les souffrances, ramène la fièvre, abat les forces ; mais un traitement approprié vient le plus souvent rétablir l'ordre troublé, de sorte que ce serait au moins une témérité que de proposer une opération présentant une certaine gravité contre une affection, sans doute sérieuse, mais parfaitement compatible avec la vie.

Tout autre doit être la conduite du chirurgien en présence de ces cystites chroniques rebelles et douloureuses, de ces catarrhes graves constituant notre troisième forme, qui défient tous les traitements ordinaires et conduisent fatalement le malade à une mort aussi misérable que certaine. Pourquoi ne pas s'adresser dans ce cas à une médication qui,

au premier abord, peut paraître hasardée, mais qui, avec l'appui des faits et par les excellents résultats qu'elle a déjà produits, est devenue une méthode rationnelle? Nous voulons parler de la cystotomie, et ses indications découlent, ce me semble, de l'étude succincte que nous venons de faire du catarrhe vésical arrivé au troisième degré. Résumons-les brièvement et voyons si cette méthode de traitement peut convenir et suffire à toutes.

Une première indication, et celle-là non sujette à contestation, car elle se déduit de toutes les observations rapportées à la fin de ce travail, résulte de l'insuffisance et de l'inutilité des traitements ordinaires. Comme tous ceux qui ont eu recours à la cystotomie pour combattre la cystite chronique, il faut, avant de se résoudre à ce moyen extrême, faire un essai loyal de toutes les médications internes ou locales réputées les plus efficaces contre cette affection. Mais, qu'on y prenne bien garde, il ne faut pas s'attarder trop longtemps sur l'emploi de ces moyens, surtout si le catarrhe chronique est déjà ancien, car l'inflammation peut avoir envahi les voies supérieures de l'urine et le rein lui-même, et l'intervention chirurgicale, loin d'être utile, ne ferait que hâter le dénouement fatal: si au bout d'un certain temps les traitements employés n'ont produit aucun résultat et n'ont pas empêché la cystite de passer au troisième degré, la cystotomie devient nécessaire. Plusieurs raisons nous portent à penser que l'on ne doit pas trop compter sur les médications ordinaires dans cette troisième forme et qu'elles ne doivent être tentées qu'à titre d'essai, sans espoir d'en obtenir des résultats bien satisfaisants. En effet, si l'on peut arriver par des lavages à travers l'urèthre, fréquemment répétés, à nettoyer suffisamment une vessie dont la cavité n'a encore subi aucune déformation, il n'en est pas de même lorsque celle-ci présente les loges et les poches vésicales décrites plus

haut; ces cavités, comme le dit Horovitz, constituent des espaces mortifiés, dont le drainage et le nettoyage par les moyens ordinaires est impossible; en outre, le bas-fond de la vessie que nous avons vu s'accentuer sous l'influence de l'hypertrophie des faisceaux musculaires, forme un autre réservoir à peu près inaccessible où s'accumulent, séjournent et se décomposent l'urine et les produits anormaux engendrés par l'inflammation chronique. Tous ces espaces constituent comme autant de clapiers purulents, communiquant avec l'extérieur par une longue et étroite fissure et dont le seul traitement rationnel est le drainage pratiqué à l'aide d'une ouverture artificielle.

Une deuxième indication de la cystotomie nous est fournie par l'extrême sensibilité de l'urèthre et de la vessie qui souvent s'opposent à tout cathétérisme, aussi délicatement qu'il soit pratiqué ; le malheureux patient dont la vessie est convertie en un vaste ulcère, est en proie à une véritable torture toutes les fois qu'il est obligé de se soumettre au passage de la sonde, et comme le cathétérisme doit être renouvelé au moins deux ou trois fois dans la journée pour avoir quelque efficacité, cette situation est pour lui un tourment à peu près continuel. « Même la méthode des professeurs Zeissle et Hégar qui consiste à injecter dans la vessie des liquides sans cathéter, nous paraît impraticable dans ces cas.» (Horovitz.) De plus, certains de ces liquides peuvent nuire à l'intégrité de la muqueuse uréthrale.

Les autres indications ressortent naturellement de l'impossibilité qu'il y a pour la vessie à vider son contenu; le canal de l'urèthre est, d'après Horovitz, un premier obstacle à cette élimination : « La vessie atteinte de catarrhe au troisième degré, dit-il, peut être assimilée à une plaie pénétrante ou à un abcès (Dittel, Bilroth, Lucke) communiquant avec l'extérieur par un canal long et pathologiquement

altéré. Ce canal (urèthre), pour si parfaite que soit sa fonction lorsqu'il livre passage au contenu normal d'une vessie saine, est un obstacle insurmontable à l'élimination du contenu épaissi et altéré d'une vessie malade.» (*Wien. Med. Woch.* 1885.) Ajoutons à cela la contraction insuffisante ou plutôt impuissante du muscle vésical lui-même que nous avons vu plus haut succomber à sa tâche et nous arriverons forcément à la stagnation de l'urine dans son organe d'évacuation.

Il faut donc empêcher cette stagnation de l'urine, source de violentes douleurs, de contractions vésicales exagérées et qui provoque de plus une fermentation ammoniacale augmentant le processus inflammatoire dont la vessie est le siège. En second lieu, il faut suppléer à l'impuissance du muscle vésical et obtenir son repos complet, de façon à éviter les douleurs si pénibles qui sont liées à ses contractions pathologiques et à arrêter le travail destructeur qui menace tout muscle surmené.

Nous venons de démontrer l'impuissance ou la difficulté d'application des traitements ordinaires contre les cystites chroniques graves. Nous nous trouvons alors en face de malades émaciés, présentant les débuts de symptômes généraux exposés aux terribles accidents de la résorption urineuse et de la néphrite suppurée, si une prompte intervention chirurgicale ne vient porter remède à la situation.

La cystotomie s'impose donc avec urgence, comme étant le seul moyen efficace. « Par cette opération, toute cause de stagnation est écartée; l'urine et les produits d'excrétion catarrhale peuvent s'écouler librement ; le muscle vésical, si profondément altéré par l'inflammation, voit ces fonctions complètement suspendues, et obtient le repos auquel doit tendre toute thérapeutique rationnelle, en supprimant le travail de tout organe enflammé; la muqueuse vésicale est rendue accessible aux agents médicamenteux; les exsudats

catarrhaux adhérents sont balayés ; la muqueuse est nettoyée et traitée par les astringents ; les nerfs mis à nus subissent l'action des calmants. En un mot, la vessie peut être dès-lors traitée comme un abcès qui a été ouvert au grand jour. Enfin, si nous rappelons que nous pouvons employer pour l'opération et le traitement consécutif, la méthode antiseptique, tout en nous servant d'un cathéter à demeure (*Méthode de Dittel in vien. Med. Woch.* 1878, p. 473), nous trouverons rationnel d'étendre le bénéfice de ce traitement à tous les catarrhes graves de la vessie. » (Horovitz.)

La cystotomie satisfait donc à toutes les indications énoncées plus haut ; elle assure : 1° l'évacuation constante de l'urine, évitant ainsi sa décomposition et sa résorption ; 2° elle procure un repos complet à la vessie enflammée en supprimant son travail physiologique ; 3° elle la débarrasse des produits anormalement formés dans son intérieur, et enfin, 4° elle permet de modifier facilement la muqueuse vésicale par des injections ou autres produits médicamenteux.

Cette méthode de traitement mérite donc de passer ou plutôt de revivre dans la pratique chirurgicale française ; car, comme on le sait, c'est un Français qui l'a le premier inaugurée. On ne pourra l'accuser de trop de hardiesse quand on aura lu les observations rapportées plus loin ; les auteurs ne signalent qu'un ou deux cas de mort tenant à l'opération elle-même, et quant aux accidents consécutifs, ils sont si rares et si bénins, qu'on ne doit pas s'y arrêter. D'après Dolbeau, la taille est une opération simple quand il n'y a pas de calcul à sortir, et Addis Emmet ne fait qu'accentuer cette opinion, quand il dit : « L'opération pratiquée pour le soulagement de la cystite est simple en elle-même, et si on y recourt avant l'envahissement des reins, elle est aussi exempte de danger qu'aucune opération de la petite chirurgie. Même dans les conditions les plus défavorables,

elle est encore justifiable, car elle peut prolonger la vie et soulager beaucoup en diminuant les efforts continuels de la miction.» (Art. *Cystite* du *Dict. encycl. sc. méd.*)

Au catarrhe vésical chronique, pour lequel la cystotomie est indiquée, nous pouvons rattacher les cas d'ulcère perforant chronique qui ont nécessité la même opération. Nous avons admis, comme complication possible de la cystite au 3e degré, des ulcérations de la muqueuse vésicale. Mercier a le premier attiré l'attention sur la production possible d'une perforation spontanée au fond d'une cellule vésicale, siège d'un travail ulcératif. Lawson se base uniquement, pour admettre l'ulcère perforant chronique, sur une douleur plus ou moins violente, siégeant à l'hypogastre et sur les souffrances occasionnées par la miction. Le diagnostic est, ce nous semble, beaucoup trop hasardé. Quoi qu'il en soit, la guérison de cette lésion est entièrement subordonnée à celle de la phlegmasie chronique qui lui donne ordinairement naissance, et les indications de la cystotomie sont ici absolument les mêmes que dans la cystite chronique. Lawson cite deux cas de la pratique de Simpson où cette opération eut un plein succès. (Voir historique.)

Le Dr Nœggerath a aussi pratiqué la kolpocystotomie dans un cas de cystite et de prolapsus de la vessie (*The american journal of obstetrics*, supplément, janvier 1882, p. 13) : «Il pense que si l'opération ordinaire contre le prolapsus de la vessie réussit habituellement, il n'en est pas de même quand les parois vaginales sur lesquelles repose la vessie sont minces, et les parois vésicales elles-mêmes dans un état d'hypertrophie excentrique, surtout si le sujet, comme c'est ordinairement le cas, est une femme ayant dépassé la cinquantaine. Un cas semblable s'est présenté à lui dernièrement chez une vieille femme présentant un prolapsus de la grosseur du poing d'un enfant. Ce chirurgien avait remar-

qué que la vessie récupère souvent sa tonicité primitive après l'occlusion d'une fistule, et ce fait lui suggéra l'idée qu'une simple incision de la vessie pourrait produire le même résultat, à condition de maintenir un certain temps la fistule ouverte. Il fit, en conséquence, une incision à la vessie, cautérisa ses deux angles et la maintint béante pendant deux mois. La vessie retrouva sa tonicité normale, revint à son volume et le prolapsus fut entièrement réduit. Cette méthode peut être appliquée dans des cas où une opération longue et importante trouve des contre-indications (1).»

(1) William Polk vient de pratiquer la cystotomie vaginale dans un cas de paralysie de la vessie (New-York, *Med. journ.*, septembre 1884.) Femme de 28 ans, tombée il y a un an d'un troisième étage et atteinte de paraplégie consécutive à cette chute avec paralysie de la vessie, du rectum et arrêt de la menstruation. Amélioration du côté du rectum et des membres inférieurs ; la paralysie vésicale persiste avec un écoulement constant des urines qui sont chargées de pus, de mucus et d'une grande quantité d'organismes ; alcalinité très prononcée. Le cathétérisme révèle une hypertrophie des parois vésicales, mais pas de tumeur. De cet état de choses doit résulter une rétention d'urine qui produira la dilatation des uretères, du bassinet et amènera une altération rénale. Le seul moyen de prévenir cette complication est d'ouvrir la base de la vessie... Une simple ponction à l'aide d'un bistouri pointu est pratiquée au-dessus de l'extrémité vésicale de l'urèthre ; l'ouverture est élargie dans l'étendue d'un demi-pouce avec un bistouri boutonné ; lavage de la vessie avec une solution saturée de borax à chaud ; elle sera nettoyée et distendue dans la suite avec une solution de sublimé à 1/2000, et de chlorure de sodium.

Indications de la cystotomie dans les cas d'affections douloureuses du col de la vessie.

Nous avons séparé à dessein, dans notre historique, les cas de cystite chronique et les cas soit de contracture, soit de spasme et de névralgie pour lesquels la cystotomie avait été jugée nécessaire. Nous pensons de même qu'il est utile de consacrer ici un chapitre à part à cette dernière variété; car si certaines indications pour l'intervention chirurgicale lui sont communes avec le catarrhe vésical chronique proprement dit, d'autres s'adressent à un élément différent; de sorte que le but poursuivi n'est pas absolument le même.

Disons d'abord qu'une grande obscurité règne encore aujourd'hui sur ce complexus morbide, désigné par les uns, irritabilité vésicale (*irritable bladder* des auteurs anglais), par les autres spasme, contracture douloureuse, cystite, névralgie du col, etc. En lisant les auteurs classiques, même les plus récents et les plus autorisés, on parvient difficilement à se faire une opinion sur ce sujet; je ne sais même si ces descriptions différentes les unes des autres ne servent pas à jeter plus de doute et de confusion dans l'esprit.

Nous allons cependant essayer d'exposer brièvement comment nous comprenons, d'après nos diverses lectures, ces troubles de la sensibilité et de la motilité, en nous attachant principalement au symptôme qui doit faire l'indication essentielle du traitement.

L'irritabilité vésicale, *irritable bladder* de Gant, ne nous paraît pas correspondre à une entité morbide bien déterminée; on croirait volontiers que les auteurs anglais qui ont fait un

singulier abus de ce terme, l'ont proposé uniquement pour dissimuler leur embarras au sujet du diagnostic précis de certaines lésions vésicales. Ils lui ont donné en effet une élasticité remarquable et en ont fait tantôt un symptôme de plusieurs maladies locales (affection de l'anus et du rectum, de l'utérus et du vagin, de la prostate et de l'urèthre, de la vessie, etc. etc.), tantôt l'ont placé sous la dépendance de causes générales, telles que: diverses formes de dyspepsie, défaut d'exercice, énervement, hystéries, maladies mentales, etc. etc., tantôt l'ont appliqué aux cystalgies. «A part l'emploi tout-à-fait illogique du terme, dit Horwitz, car toute vessie est irritable, il règne beaucoup d'obscurité et de confusion sur ce point; tandis que beaucoup d'auteurs, tels que Duneau par exemple (Leçons cliniques sur les maladies des femmes) ne voient dans l'irritabilité de la vessie qu'un symptôme des lésions des voies urinaires situées en avant ou en arrière de la vessie; Harrison, d'un autre côté, admet également «l'irritable bladder» comme manifestation symptomatique de la cystite, de la lithiase et des autres maladies des voies urinaires et de la vessie. Cette dernière manière de voir est probablement la moins juste. Quatre symptômes caractérisent l'irritabilité vésicale : 1° la contracture; 2° la minime quantité d'urine émise à chaque miction; 3° sa composition physique et chimique à peu près normale; 4° l'aspect absolument normal de la vessie. On peut se convaincre de la réalité de ce dernier fait en introduisant une sonde métallique dans la vessie; on constate par ce moyen que la contenance, les parois, la résistance et l'élasticité vésicales sont normales. Le Dentu fait de l'irritabilité vésicale un spasme souvent non douloureux remarquable par son intermittence et sa fréquente répétition. En présence de tant de divergences parmi les auteurs, nous laisserons cette expression nouvelle accueillie d'ailleurs avec peu d'empressement en

France; car par sa variabilité symptomatique, elle ne nous dénote rien au sujet des indications que nous cherchons à établir.

Nous donnerons, avec Duplay, à la dénomination de *névralgie de la vessie*, la signification acceptée pour toutes les névralgies en général. C'est une altération *sine materia* caractérisée par des phénomènes douloureux du corps ou du col de la vessie, mais sans aucun degré de *spasme* ou de *contracture ;* ainsi comprise, c'est une affection très rare. Elle peut exister au début de certaines lésions spinales (ataxie locomotrice), ou bien être une manifestation de l'hystérie ou du rhumatisme. Tantôt, elle se traduit par une douleur fixe, continue, avec exacerbation, tantôt par des véritables accès caractérisés par des douleurs extrêmement vives et irradiées au gland ou à la vulve. Il n'y a pas de modifications dans le besoin et la fréquence de la miction, ni dans l'émission de l'urine ; le cathétérisme est facile. Contre cet état, les médicaments anti-névralgiques (opium, belladone, bromure, chloral, etc.), combinés avec l'emploi des révulsifs et de l'hydrothérapie, conviennent seuls, et l'intervention chirurgicale par la cystotomie ne devient jamais applicable.

Il n'en est pas de même contre cet état du col que les auteurs ont confondu sous les noms de contracture douloureuse, spasme, cystite, cystalgie, etc. Nous n'essayerons pas de nous débrouiller dans ce cahos et de justifier telle ou telle dénomination plutôt que telle autre, nous irions au-delà de notre compétence et des limites que nous nous sommes tracé; d'ailleurs, chaque dénomination peut se justifier, si l'on part de l'idée théorique qui a présidé à son choix.

Sans nous arrêter aux causes multiples de l'affection, nous dirons que ces divers états ont pour caractères communs : 1° Des envies fréquentes d'uriner, plus nombreuses

pendant la nuit ; 2° des douleurs très vives se manifestant au début et pendant toute la durée de la miction, la douleur, localisée d'abord au gland ou derrière le pubis, peut s'irradier en divers sens; les malades la comparent souvent à une sensation de brûlure ; 3° la difficulté ou l'impossibilité complète de retenir les urines lorsque le besoin se fait sentir. Il est rare que la contracture douloureuse du col de la vessie (c'est la dénomination que nous accepterons pour désigner les affections douloureuses du col autres que celles dont nous avons établi la distinction plus haut), persiste pendant longtemps, sans déterminer diverses complications chez quelques malades, malgré les envies fréquentes d'uriner; il existe une rétention incomplète; la vessie se vide mal et dans ces conditions, le catarrhe vésical et même la néphrite se surajoutent à la contracture. D'après Mercier, la contracture persistante aurait aussi, pour résultat, d'amener la production d'une valvule musculaire située le plus souvent en arrière du col et constituant un nouvel obstacle à l'émission de l'urine et à l'introduction des sondes.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir de cette symptomatologie au point de vue qui nous occupe, c'est que, ce qui domine dans la contracture douloureuse ou le spasme du col, ce n'est pas l'inflammation, quand elle existe, car les urines, du moins au début, sont normales ou à peu près normales ; ce sont les besoins excessivement fréquents d'uriner et les douleurs souvent atroces qui les accompagnent. Donc, l'indication capitale, après la suppression de la cause, si elle est possible, sera l'atténuation de ce besoin constant d'uriner (1).

(1) Il existe une affection vésicale dont les symptômes présentent au début une certaine analogie avec ceux de la contracture douloureuse du col et que l'on pourrait confondre à une période avancée avec ceux de la cystite au troisième degré. Nous voulons parler de la cystite tuberculeuse contre laquelle la cystotomie échouerait impitoyablement et qui, pour ce motif, doit être différenciée des deux affec-

Voyons si les traitements ordinaires peuvent suffire à tous les cas. La cause de la maladie, si celle-ci n'est pas idiopathique, doit être d'abord combattue, et l'on comprend que nous devions nous borner à cette indication générale; suivant que le sujet sera anémique, névropathe, rhumatisant, etc., on emploiera la médication afférente à chacun de ces états morbides; s'il s'agit des fissures à l'anus, d'hémorrhoïdes enflammées, etc., on combattra ces affections par des moyens appropriés. L'hydrothérapie, sous toutes ses formes, présente une efficacité incontestable.

Mais le traitement local a une plus grande importance. Nous examinerons rapidement les trois moyens les plus en honneur, ce sont: 1° la dilatatiou progressive du col à l'aide des bougies Béniqué; 2° les cautérisations du col suivant le procédé de Guyon, et enfin, 3° la dilatation forcée.

La dilatation lente et progressive du col à l'aide des bougies Béniqué, préconisée surtout par Tillaux (Thèse Le Garrec, Paris, 1876), a pour but de pratiquer, par le passage de sondes de plus en plus volumineuses, une sorte

tions précédentes. Elle se manifeste d'abord par des envies fréquentes d'uriner, puis la miction devient difficile et s'accompagne de vives douleurs dues le plus souvent à la *contraction spasmodique* du col. La pression sur l'hypogastre est douloureuse ainsi que la pression sur le bas-fond de la vessie par le toucher rectal. Quelquefois, il y a rétention d'urine absolue. L'*hématurie* apparaissant sans cause déterminante bien appréciable, est un de ses principaux symptômes; elle est toujours plus abondante que dans les cas de contracture douloureuse du col.

Les urines d'abord claires et limpides deviennent rapidement alcalines et purulentes et ressemblent alors, à s'y méprendre, à celles du catarrhe chronique. Enfin, quelquefois, la palpation abdominale fait constater au-dessus du pubis, une tumeur ovoïde, douloureuse, qui n'est autre que la vessie dont les parois sont épaissies.

Comme on le voit, ces symptômes se rencontrent, pour la plupart, dans les deux affections que nous étudions, et si la cystite tuberculeuse ne succède pas à la phtisie pulmonaire, la péritonite tuberculeuse ou la tuberculisation des organes génitaux, si, en un mot, elle est primitive, son diagnostic sera souvent mal aisé. Nous croyons que, dans ces cas, l'examen microscopique des sédiments urinaires sera le plus précieux et le plus sûr moyen de diagnostic de cette affection. L'hématurie, la marche particulière des symptômes, les antécédents du malade viendront compléter les renseignements fournis par le microscope.

de massage du col, et d'émousser la sensibilité du canal, tout en amenant une distension progressive de sa tunique musculaire. On peut également se servir, dans ce but, de bougies en gomme, moins irritantes et les laisser même quelque temps à demeure. Le Dentu se sert d'une sonde en gomme de 5 à 6 millim., à courbure fixe, terminée par une olive à extrémité cylindrique et qu'il laisse à demeure pendant 4 ou 5 jours. Dès qu'un écoulement purulent s'est établi dans l'urèthre, il remplace cette sonde par une autre un peu plus grosse, qu'il laisse en place 6 ou 8 jours au plus. Quand le spasme a disparu, pour prévenir son retour, il introduit tous les 2 ou 3 jours dans l'urèthre un cathéter de plomb dont il augmente chaque fois la grosseur.

L'avantage des sondes est, d'après l'auteur, de remplir le canal et de rendre le spasme moins douloureux en limitant le champ d'action des contractions et de substituer à une simple irritation une inflammation franche qui paralyse en partie les fibres du sphincter. De plus, par l'emploi répété de gros cathéters, on rend au parois du canal leur souplesse et on maintient son calibre.

Ces moyens sont réellement efficaces, à condition qu'ils puissent être supportés par le malade.

La cautérisation du col, suivant le procédé de Guyon, consiste à instiller, au niveau du col, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième, au trentième ou au vingtième, à l'aide d'une bougie à boule creuse et d'une seringue de Pravaz. Cette méthode, préférable à la cautérisation avec le porte-caustique Lallemand, qui procure souvent des douleurs violentes, des hématuries et même la rétention d'urine, a pour but de modifier la surface de la muqueuse du col. Si l'inflammation de celle-ci est primitive et succède, par exemple, à une blennorrhagie ou à un rétrécissement du canal de l'urèthre, la cautérisation

donnera de bons résultats, elle produira, le plus souvent même, une guérison radicale, si l'affection est prise à son début. Toutefois, la contracture peut survivre à l'enlèvement de sa cause, et le *sublata causa, tollitur effectus*, est souvent en défaut dans ce cas. De plus, l'injection caustique aura bien peu d'efficacité si le spasme est idiopathique.

La dilatation forcée, remise en honneur dans ces derniers temps, en France, par Tillaux, Bridgin Teale, Christopher Heath, en Angleterre, consiste à rompre les fibres musculaires du col à l'aide de dilatateurs spéciaux de Tillaux, de Fysick, de Mercier, etc. Ce procédé ne peut encore être jugé d'une façon sérieuse dans ses applications au sexe masculin, car les faits manquent à son appui ; mais il ne nous paraît pas remplir, du moins chez l'homme, le but pour lequel on l'a proposé ; il nous semble d'abord bien difficile de localiser la dilatation au col seul, à cause du glissement auquel sont exposés les dilatateurs, une fois ouverts ; le petit calibre qu'on est obligé de leur donner, limite nécessairement leur puissance, de sorte qu'ils ne peuvent suffisamment distendre les tissus du col ; enfin, la dilatation peut rarement être faite d'une façon également excentrique.

Chez la femme, la dilatation forcée dans le cas de contracture douloureuse du col vésical, donne de très bons résultats (1) ; mais ici, à cause de la brièveté et de la facile dilatabilité du canal, l'emploi d'un instrument spécial est tout-à-fait inutile. Le procédé le meilleur et le plus simple consiste dans l'introduction de l'index jusque dans la vessie (Le Dentu), après avoir pris préalablement la précaution in-

(1) Elle est, au contraire, inutile et même nuisible (Montrose Dallon) dans les cas de cystite chronique. On peut s'en convaincre en lisant les observations 11 et 12 où l'urèthre a été dilaté jusqu'à 11 fois sans résultat.

dispensable de débrider, en deux points opposées, l'orifice externe de l'urèthre. On peut, si l'introduction du doigt est difficile, préparer la voie au moyen d'une pince à pansement ou d'un dilatateur quelconque.

Plusieurs succès viennent à l'appui de cette méthode de traitement chez la femme. Citons les cas de Spiegelberg, de M. Reliquet (Maurice Longuet, De la dilatation de l'urèthre chez la femme, *in Annales de Ginécologie*, t. I, 1874), de M. Tillaux (Socheel, De la contracture douloureuse du col de la vessie, Thèse de Paris 1874, N° 114. — Sebeaux, *ibid.* 1876, N° 134), de M. Tédenat à Montpellier. Cette opération est relativement bénigne et est partout acceptée avec faveur, la guérison est presque immédiate dans beaucoup de cas. Cependant elle n'est pas à l'abri de tout reproche. Outre les insuccès enregistrés, on a constaté des hémorrhagies, des incontinences d'urine et l'exagération des douleurs après l'opération. Pridgin Teale rapporte même dans *The Lancet* (1875) trois cas de mort à la suite de la dilatation forcée ; dans ces cas, il est vrai, le rein était malade et en pleine suppuration (1).

Comme on le voit par ce rapide exposé, les traitements ordinaires, soit médicaux, soit chirurgicaux, contre la contracture douloureuse du col vésical, suffisent dans la plupart des cas. Mais quelquefois ils sont inapplicables, à cause des douleurs atroces qu'ils occasionnent, ou bien inutiles pour si varié et si prolongé que soit leur emploi.

C'est surtout dans ces cas de spasmes ou contractures idiopathiques du col, survenant chez des sujets rhumatisants (thèse de Laforest) et à la fois hémorrhoïdaires (observation d'Ollier), où l'élément inflammatoire initial fait complètement défaut, que les moyens thérapeutiques usuels échouent

(2) On doit préférer la kolpocystotomie à la dilatation forcée lorsque le catarrhe vésical est venu s'ajouter à la contracture douloureuse du col.

impitoyablement. Si nous en jugeons par les quelques observations que nous avons pu recueillir, le tableau symptomatique est sombre et aucune affection ne nous paraît entraîner à sa suite plus de souffrances et de tourments.

Le début, pour être le plus souvent insidieux, ne dénote pas moins par l'opiniâtreté de ses symptômes, la gravité des accidents qui vont se dérouler peu à peu. Aux démangeaisons souvent insupportables du périnée et du gland (obs. de Parona), aux besoins fréquents d'uriner, succèdent bientôt un ténesme vésical continuel et des mictions incessantes. Le malheureux patient passe ses jours et ses nuits accroupi sur un urinal, faisant de vains efforts pour expulser à peine quelques gouttes d'urine qu'il paie chaque fois par une sensention de fer rouge passé à travers le canal ; il ne goûte plus de repos, plus de sommeil, et si par hasard un intervalle assez grand entre chaque miction vient donner quelque répit à sa douleur, la crainte de la miction prochaine le plonge dans de nouvelles angoisses, et encore si quelque narcotique pouvait momentanément calmer ces atroces souffrances. Mais c'est en vain qu'on emploie les antispasmodiques, la quinine, l'électricité, les douches, les sédatifs, les anesthésiques, etc. Les individus deviennent morphiomanes et ne sont pas soulagés. Peu à peu les troubles consécutifs à la rétention incomplète d'urine surviennent, le catarrhe vésical se développe, l'exploration de la vessie et le cathétérisme deviennent impraticables ; l'appétit se perd, les forces déclinent, la toux et des accès de fièvre intermittente apparaissent (Dolbeau), et ces malheureux, soumis à l'épuisement nerveux, conduits par leurs souffrances à l'hypochondrie et au désespoir, cherchent souvent à trouver dans le suicide le remède radical à leurs maux, ou bien arrivent les complications rénales qui viennent terminer une si lamentable scène.

Contre de pareils états, nous propopons résolument la cystotomie, en nous appuyant sur le résultat des observations consignées plus loin. D'abord, nous devons nous demander si dans cette affection, c'est une opération rationnelle. Nous répondrons affirmativement; en effet, la contracture du col vésical qui domine cet état morbide, s'il ne le constitue pas tout entier et par conséquent contre laquelle doivent être dirigés les principaux efforts de la thérapeutique, peut être assimilée au spasme de la fissure à l'anus. Nous trouvons dans les deux cas la douleur, suivant la même marche progressive et ayant son paroxysme au moment de la miction ou quelque temps après au moment de la défécation; l'exploration de la vessie par la sonde est douloureuse et dénote la contracture du sphincter vésical; de même l'exploration de l'anus par le doigt démontre, par le serrement, que ce dernier éprouve la contracture du sphincter anal. il n'y a qu'un symptôme qui diffère dans les deux affections: tandis que dans la fissure à l'anus, le malade peut retarder bien souvent le moment de la défécation soumise dans la mesure du possible à l'influence de sa volonté, dans la contracture douloureuse du col vésical, au contraire, le besoin d'uriner est impérieux et excessivement fréquent. Ce défaut de concordance trouve, ce nous semble, son explication dans le fait suivant: ce qui est la cause occasionnelle de la contracture et par conséquent des douleurs, c'est d'une part le contact des matières fécales avec la muqueuse qui recouvre le sphincter anal, et, d'autre part, le contact de l'urine avec la muqueuse qui recouvre le sphincter vésical ; or, dans le premier cas, le bol fécal se trouve toujours à une certaine distance de cette partie de la muqueuse et n'y arrive qu'à de rares intervalles (besoin de la défécation) ; il n'en est pas de même dans le second cas, où le réservoir urinaire ne se vidant que très incomplètement, à chaque miction se remplit bien vite

jusqu'au niveau nécessaire à l'urine pour arriver de nouveau au contact du col et provoquer un autre besoin. On a voulu pousser l'analogie plus loin et certains auteurs (Spiegelberg) ont prétendu voir sur la muqueuse du col une fissure absolument comparable à la fissure anale ; ce qui semblerait le prouver, c'est l'apparition fréquente de quelques gouttes de sang à la fin de la miction ; mais ce sang provient, plus vraisemblablement de la muqueuse vésicale congestionnée. Il nous semble bien difficile, avec l'endoscope, de découvrir une petite ulcération à une telle profondeur (1).

(1) Il vient de paraître dans le dernier numéro du *New-York Medical Journal* (décembre 1884), une singulière étude sur le ténesme vésical, due au Dr Nicolas San Juan, de Mexico (*Cystotomy for vesical tenesmus*). D'après lui, le ténesme tient à un état maladif, non du sphincter, mais des parois de la vessie. Cette idée lui a été suggérée par les faits suivants : femme atteinte d'un ténesme très intense et d'une fistule uréthro-vaginale ; le ténesme disparaissait lorsqu'on traitait la muqueuse vésicale et reparaissait lorsqu'on irritait celle-ci. Femme atteinte d'une cystite *post-partem* avec sphacèle de la muqueuse et *disparition d'une partie des fibres du col* ; malgré cela il existait du ténesme qui ne disparut que lorsque la muqueuse sphacélée eut été renouvelée. Un autre patient traité par le Dr Savista, souffrait d'un ténes intense ; on pratiqua l'uréthro-cystotomie ; il s'en suivit une légère amélioration : mais le ténesme reparut une semaine après ; on en vint à bout en traitant la muqueuse vésicale à travers le canal. Le Dr Siceaga traitait un homme souffrant d'un ténesme intense qui fut amélioré à la suite de l'expulsion d'un myxome et de petits calculs ; mais le spasme reparut quelques jours après. L'uréthrotomie fut pratiquée pour extraire quelques calculs, et le sphincter vésical fut complètement divisé, le malade mourut 24 heures après sans soulagement du ténesme.... L'auteur s'appuie sur ces faits précédents et sur l'opinion de Küss au sujet de la miction normale pour soutenir sa théorie. Une de ses principales conclusions est celle-ci : lorsqu'il y a ténesme, les contractions ont lieu dans le corps et non dans le col de la vessie. Cependant il ne rejette pas l'uréthro-cystotomie comme traitement du ténesme vésical, car cette opération soulage les fibres musculaires de la vessie qui n'ont pas besoin de produire un effort aussi grand pour chasser l'urine, et la vessie devient plus accessible au traitement

Nous demanderons au Dr San Juan le secret de diagnostiquer sur le vivant la disparition des fibres musculaires du col ; nous lui répondrons qu'indépendamment du spasme du muscle vésical secondaire, c'est-à-dire tenant à une altération de l'urine ou de la muqueuse (le seul qu'il admette), il peut exister aussi un spasme du col, idiopathique ou symptomatique, suffisamment démontré par l'exploration à l'aide d'une bougie à boule (N° 16 de la filière Charrière).

Il ressort de cette comparaison que les moyens applicables au traitement de la fissure à l'anus ne peuvent paraître irrationnels, si on les adopte pour la cure de la contracture douloureuse du col vésical. Or, sans nous occuper de l'idée théorique qui a présidé à leur choix, les meilleurs traitements de la fissure à l'anus sont: la dilatation forcée et la section des fibres du sphincter. Nous avons vu que la première méthode était peu applicable chez l'homme contre la contracture du col, à cause de la profondeur trop grande où il fallait porter les instruments ; de plus, le tissu prostatique peut être une nouvelle cause de son insuccès. Nous l'adopterons seulement pour la femme chez laquelle elle donne de bons résultats, et pour l'homme, nous préférerons la section de dehors en dedans, c'est-à-dire la cystotomie périnéale. La section interne a bien été pratiquée, et nous rapportons une observation de Parona où elle fut suivie de succès ; mais c'est un procédé aveugle, car la section peut ne porter que sur la muqueuse ou être trop profonde ; elle ne comprend pas dans l'incision la portion membraneuse de l'urèthre qui participe aussi au spasme du col (Parona) ; elle expose de plus à tous les dangers de la résorption urineuse.

Reste l'incision périnéale, analogue à celle de Dolbeau pour la lithotritie périnéale, proposée par Boymond (Cystite spasmodique du col, Thèse de Lyon 1882), et à la faveur de laquelle on pourrait pratiquer chez l'homme, de la même façon que chez la femme, la dilatation du col ; malheureusement il manque à ce procédé des observations à l'appui.

D'après l'étude qui précède, nous pensons que la cystotomie périnéale est indiquée dans le cas de contracture douloureuse du col chez l'homme : 1° lorsque les traitements ordinaires médicaux et chirurgicaux ont été essayés inutilement; 2° lorsque l'intolérance du canal de l'urèthre s'oppose au passage de tout instrument ; 3° elle devient urgente dans les

cas de contracture idiopathique invétérée qui ne laissent aucun repos au malade ; 4° lorsque la contracture s'est compliquée de cystite et des symptômes généraux, elle nous paraît préférable à la dilatation forcée. Chez la femme, elle ne doit être employée que quand la dilatation forcée aura échoué.

Par la section des fibres musculaires du col et de la portion membraneuse de l'urèthre, on supprime immédiatement la contracture ; les urines peuvent s'écouler sans douleur, et l'on peut traiter facilement le catarrhe vésical, s'il est venu compliquer le spasme douloureux.

Contre-indications de la cystotomie en général.

Si nous consultons nos tableaux de statistique, nous voyons que l'âge ne constitue pas une contre-indication spécial de la cystotomie ; cette opération a été pratiquée à tous les âges depuis 12 ans jusqu'à 70 ; le sexe ne semble pas non plus influencer les résultats. Les diathèses qui, en général, contre-indiquent tout traumatisme chirurgical un peu sérieux peuvent s'opposer aussi à la cystotomie. Signalons, en particulier, la dégénérescence du cœur ou d'autres organes importants, le diabète, la goutte et le saturnisme qui souvent se compliquent de lésions rénales.

Nous sommes amenés à parler de la contre-indication capitale, de la complication rénale, qui compte, à son actif, presque tous les cas de mort qui ont suivi l'opération. Qu'on nous permette de citer des chiffres pour rendre notre proposition plus évidente : sur 20 cas de mort, relatés dans nos tableaux, tant chez l'homme que chez la femme, 15 sont

survenus par complication rénale. Il importe donc, au plus haut point, qu'avant d'opérer, le chirurgien soit armé de tous les moyens qui peuvent lui permettre de diagnostiquer cette terrible complication.

Disons d'abord que si la cystite chronique est déjà ancienne, si la vessie commence à suppurer, il y a bien des chances à cause de la continuité directe et de l'analogie de structure de la muqueuse vésicale avec celle des uretères et du bassinet pour que l'appareil rénal tout entier ait déjà participé aux altérations du réservoir urinaire. Lorsque le rein s'enflamme par propagation d'une suppuration de la muqueuse vésicale, on se trouve d'habitude en présence d'une néphrite suppurative, et si celle-ci est difficile à diagnostiquer quand elle existe seule, combien plus grande sera la difficulté, si elle est la conséquence d'une cystite chronique et se combine avec elle.

Nous examinerons successivement les symptômes généraux et locaux des lésions rénales sans chercher à les différencier entre elles ; car, l'important pour nous, est de chercher à savoir seulement s'il y a complication rénale. Le début présente une marche insidieuse; cependant lorsque l'on constate une altération des traits, la teinte jaune de la peau « qui ne ressemble ni à celle d'un phtisique ni d'un cancéreux », sa sécheresse spéciale, les troubles digestifs, l'affaiblissement et l'amaigrissement rapides, un état fébrile continu ou intermittent, une émaciation générale enfin, on est en droit de soupçonner que le travail inflammatoire a envahi le rein ; mais ce cortège de symptômes généraux est loin de valoir une certitude complète; car « ils ne sont pas indicatifs des seules lésions rénales; la suppuration prolongée de la vessie, son évacuation imparfaite ou artificielle, les provoquant tout aussi bien. » (Guyon, Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.)

Il faut donc chercher par l'examen attentif des symptômes locaux le supplément d'informations nécessaires pour établir un diagnostic définitif. Du côté des reins, le malade accuse souvent une douleur sourde, exaspérée par la pression; la palpation et la percussion pourraient quelquefois, d'après certains auteurs, dénoter la dilatation parfois énorme des uretères, des bassinets et des calices, complication fréquente des inflammations chroniques de la vessie. Tel n'est pas l'avis de Thompson (Traité des maladies des voies urinaires, p. 172). « Vous pouvez, dit-il, sans un degré d'habileté extraordinaire, déterminer les dimensions d'un rein augmenté de volume; mais il est impossible, par les procédés d'exploration physique, de reconnaître et de démontrer l'existence d'une dilatation du bassinet ou d'une atrophie du parenchyme rénal. Sans doute, vous pourrez avoir des présomptions, sans doute, vous pourrez parfois deviner avec sagacité ; mais lorsqu'il s'agit d'un diagnostic dont dépend la vie ou la mort du malade, on ne doit pas se contenter de présomptions, quelques sagaces qu'elles soient. Il y a donc là un champ de recherches qui invite à de nouvelles investigations ; car je vous l'affirme avec certitude, nous ne possédons pas encore aujourd'hui les moyens de diagnostiquer, d'une manière quelque peu certaine, la pyélite accompagnée de *distension* mécanique. »

Voyons si l'examen des urines fournit des renseignements plus précis. La présence du sang dans les urines peut-elle être de quelque utilité pour le diagnostic? D'après la plupart des auteurs, si les urines sont brun-rougeâtres, le sang vient probablement des reins ; si elles sont simplement rougeâtres, il provient de la vessie. Cette assertion ne nous paraît pas démontrée, d'autant plus que le sang déversé par les reins dans la vessie malade, s'altère rapidement au contact des produits vésicaux et la coloration qui doit résul-

ter du mélange de sang, de pus, d'épithélium vésical et d'urine altérée par le catarrhe chronique est trop complexe et trop variable pour qu'on puisse en tenir compte dans le diagnostic. « Il me paraît difficile d'admettre, dit Guyon *(loco citato)*, que la coloration brunâtre des urines indique l'origine rénale du sang. Cette manière de voir repose sur une erreur d'interprétation. Il est très facile de démontrer que les mélanges de sang et d'urine à coloration brune peuvent avoir une origine vésicale. Nous observons chaque jour des faits qui ont, à cet égard, la valeur démonstrative d'une expérience... En vérité, rien ne permet un semblable diagnostic, lorsque l'on arrête son investigation à l'examen par simple inspection des urines sanglantes. »

De même la présence du pus ne fournit, au diagnostic, que peu d'indications sur le siège et la nature des lésions ; ce que l'on comprend sans peine, attendu que la vessie déjà malade fournissait auparavant des produits purulents et que la suppuration venannt des reins peut augmenter la quantité, mais non modiffer la qualité de pus rendu avec les urines. Mercier conseille, pour trancher la difficulté, de laver la vessie avec une sonde à double courant jusqu'à ce que l'eau de lavage ressorte parfaitement limpide et de recueillir l'urine qui arrive immédiatement après cette opération ; si elle est chargée de pus, cela prouve qu'il y a lésion rénale. Ce procédé ne nous paraît pas très précis, car il faut attendre un certain temps pour se procurer la quantité d'urine nécessaire pour un examen microscopique, et la paroi vésicale peut, dans cet intervalle, surtout si les lésions sont très étendues, fournir une quantité de pus suffisante pour troubler l'urine. Cependant, l'apparition persistante d'une grande quantité de pus dans l'urine peut permettre de penser à une néphrite suppurée. « Lorsque pendant de longues semaines, dit Guyon, et à plus forte raison pendant

de longs mois, vous voyez toujours s'accumuler au fond du vase qui sert à l'observation, une quantité de pus qui ne peut être qualifiée d'insignifiante, vous pouvez presque, à coup sûr, affirmer que le malade, en observation, est atteint de pyélite. C'est, en effet, sous l'influence de cette lésion que vous verrez s'établir, chez les urinaires, les suppurations les plus abondantes et les plus durables. »

L'analyse chimique et l'examen microscopique viendront compléter les données précédentes. Si l'urine préalablement filtrée révèle la présence d'une certaine quantité d'albumine, on peut presque affirmer qu'il y a complication rénale; on ne peut pas cependant se baser sur ce seul signe pour rejeter cette complication, car il peut y avoir néphrite interstitielle sans apparition de l'albumine dans les urines. La quantité d'urée est généralement diminuée et peut tomber à la moitié et même au tiers de la normale, ainsi que les phosphates qui peuvent même disparaître complètement; l'urine est généralement neutre ou même alcaline.

L'examen microscopique permettra de diagnostiquer une inflammation du parenchyme rénal, s'il dénote la présence dans l'urine d'éléments épithéliaux des reins, car ces éléments ne se rencontrent jamais à l'état normal; or, voici, d'après Mathias Duval et Le Reboullet (Manuel du microscope, 1873, p. 283), les caractères de ces cellule épithéliales : «les unes sont isolées, gonflées, granuleuses, à noyaux volumineux; d'autres constituent des fragments de gaînes épithéliales plus ou moins longues, formées de cellules pavimenteuses, petites, très régulières; parfois, on ne trouve plus que des masses amorphes à peine segmentées ou cellules rappelant la disposition des cylindres urinifères.» Et plus loin, il ajoute: «La présence de cellules épithéliales gonflées, granuleuses, à noyaux volumineux et renfermant parfois des globules de

pus, l'existence de cristaux de phosphate de chaux en quantité abondante pourra faire supposer que l'on a affaire à une cystite. La présence de cylindres urinifères mêlés à une quantité considérable de pus indiquera l'existence d'une inflammation des tubes du rein. » Le signe microscopique le plus précis, celui qui permet d'affirmer l'existence d'une néphrite est la présence de cylindres protéiques, hyalins ou granuleux dans l'urine ; cependant, Guyon, sans contester la valeur considérable de la présence de ces éléments, prétend que leur absence ne signifie pas grand chose.

Chauvel, dans son article *Cystite* du Dictionnaire encyclopédique, donne les caractères différentiels suivants entre les sécrétions pathologiques de la vessie et des reins:

Sécrétions vésicales.	Sécrétions du rein et du bassinet.
1° Urine renferme beaucoup de mucus.	1° Peu ou pas de mucus.
2° Peu de pus.	2° Pus plus abondant.
3° Peu de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.	3° Beaucoup de cristaux.
4° Pus mélangé à l'urine.	4° Pus ne sort qu'à la fin de la miction.
5° Eléments figurés de la vessie.	5° Éléments figurés du rein.
6° Rarement du sang.	6° Sang assez souvent.
7° Urine ne contient plus de pus quelques instants après le lavage de la vessie.	7° Urine contient encore du pus, sitôt après le lavage de la vessie.

Il faut avouer que ces signes distinctifs apportent bien peu de clarté à la question.

Nous voilà arrivé à la fin de ce chapitre important, sans avoir pu trouver, à notre grand regret, aucun signe pathognomonique de la complication rénale, ayant pu constater seulement le grand embarras et l'indécision des auteurs qui ont abordé ce point délicat de la pathologie urinaire. Il faut bien avouer avec Thompson (*Royat Med. and. chirurg. transactions 1870*), que nous n'avons pas encore le moyen de

reconnaître pendant la vie du malade l'existence de ces altérations.

Aussi en présence de ce problème, si difficile et dont la solution intéresse le malade à un si haut point, l'on ne saurait trop s'entourer de tous les moyens d'investigation que l'examen attentif du sujet, l'exploration physique, la chimie et le microscope mettent à notre disposition ; c'est par la combinaison de tous ces procédés, par leur emploi méthodique et souvent répété que le chirurgien pourra arriver, sinon à un diagnostic précis, du moins à des probabilités suffisantes pour lui indiquer la conduite. Si par tous ces moyens on ne peut arriver qu'à de faibles présomptions en faveur d'une complication rénale, l'intervention chirurgicale doit être généralement proposée ; car on peut supposer qu'en améliorant la cystite chronique, on aura des chances pour enrayer en même temps l'inflammation, au cas où elle aurait commencé à se propager vers le rein ; si au contraire, les lésions rénales sont parfaitement constatées, si elles résistent à tout traitement, si la cachexie augmente, si les fonctions digestives sont languissantes, si surtout l'œdème et les accidents urémiques surviennent, il est du devoir du chirurgien de s'abstenir ; car l'intervention chirurgicale ne ferait que donner un coup de fouet à l'affection rénale et précipiter la mort du malade.

Dans les cas de contracture douloureuse du col, les lésions rénales arrivant plus tardivement que dans la cystite chronique, il est permis de temporiser plus longtemps, et d'essayer toutes les méthodes thérapeutiques usuelles avant de se décider à pratiquer la cystotomie.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Nous les étudierons successivement chez l'homme et chez la femme. Mais avant d'aborder ce sujet, nous devons nous demander d'abord quand convient-il d'intervenir? quand l'urgence de l'opération s'impose-t-elle ? C'est une question difficile, délicate entre toutes et qui soumettra bien souvent la sagacité du chirurgien à de rudes épreuves ; c'est plutôt une question de tact chirurgical qu'une question scientifiquement résolue. On pourra se baser cependant sur l'ancienneté de la lésion, sur les résultats des traitements déjà employés et sur la durée de leur apparition. Si des médications même énergiques et efficaces dans les cas ordinaires ont été employées sans effet, si l'on reconnaît en même temps que la cystite est passée au 3e degré, il faut se hâter d'intervenir. L'opération s'impose également quand les douleurs sont atroces et ne peuvent être calmées, quand la vessie se montre intolérante pour la moindre quantité de liquide injecté ; à plus forte raison quand avec ces symptômes, on voit l'état général décliner, le malade s'émacier et que l'on soupçonne la résorption par la muqueuse vésicale des produits altérés de l'urine. Tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il ne faut pas trop attendre ; mieux vaut opérer prématurément que de s'exposer à perdre son malade par complication rénale.

Dans la cystite du col, les dangers sont moins imminents, mais le malade torturé par des souffrances continuelles et voyant l'inefficacité des traitements ordinaires, demande souvent lui-même à grands cris une opération qu'il serait bien cruel de lui refuser. D'ailleurs, la cystotomie dans ce cas a d'autant plus d'efficacité qu'elle est pratiquée plus tôt ;

car à un moment donné, le réservoir urinaire tout entier participe au spasme du col et se *ratatine* à tel point qu'il peut contenir à peine quelques grammes de liquide, et l'on comprend facilement que si la cystotomie peut guérir la douleur en supprimant la contracture, elle ne peut modifier en rien la minime capacité de la vessie et par conséquent la fréquence des besoins d'uriner.

La cystotomie chez l'homme n'est autre chose que l'opération de la taille, et l'on peut faire usage, dans le traitement de la cystite chronique rebelle, des mêmes procédés que pour l'extraction des calculs. Mais le but poursuivi dans les deux cas n'est pas le même; ce que l'on cherche dans la taille ordinaire, c'est de diriger son incision périnéale de façon qu'avec le moins de dangers possibles, on puisse obtenir la plus grande ouverture possible pour livrer passage au calcul; dans la cystotomie pour cystite chronique, on doit chercher à inciser la vessie dans le point le plus déclive pour assurer à l'urine et aux produits morbides un écoulement rapide et continu, empêcher leur stagnation et éviter ainsi leur décomposition ammoniacale ou putride.

Quelques mots sur les rapports des faces et surtout du bas-fond de la vessie, nous fixeront facilement sur le choix du procédé à employer.

La face antérieure, lorsque la vessie est vide, est entièrement cachée derrière le pubis dont elle est séparée par une couche lâche de tissu cellulo-graisseux. A mesure que la vessie se distend, sa face antérieure se met en rapport avec la paroi abdominale sans interposition du péritoine, si ce n'est à la partie supérieure où la séreuse forme un cul-de-sac d'autant plus profond que la vessie est plus distendue.

La face postérieure entièrement recouverte par le péritoine, se moule exactement sur la face antérieure du rectum. Les faces latérales sont recouvertes par le péritoine dans

leur moitié supérieure environ ; leur partie inférieure est en rapport avec le tissu cellulaire très lâche, situé au-dessus de l'aponévrose périnéale supérieure.

La face inférieure, base ou bas-fond de la vessie, à peine marquée chez l'enfant, le réservoir urinaire étant fusiforme à cet âge, se développe d'autant plus que le sujet est plus âgé, dans les cas d'hypertrophie de la prostate ou des parois vésicales, le bas-fond est très accentué et forme la véritable base de l'organe. Cette base est en rapport immédiat avec les canaux déférents et les vésicules séminales qui la séparent du rectum ; mais comme ces dernières sont dirigées obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de façon à n'être plus séparées au niveau de la base de la prostate que par les canaux déférents, elles circonscrivent un triangle dans l'aire duquel le bas-fond de la vessie est en rapport direct avec la face antérieure du rectum. Cet espace triangulaire mesurant 4 cent. dans sa hauteur et 4 cent. environ dans sa plus grande largeur, et occupé seulement par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers, permet donc de pénétrer dans la vessie par le rectum sans crainte d'intéresser la grande séreuse; de ces dispositions anatomiques est née l'idée de la taille recto-vésicale proposée par Sanson.

Les principaux procédés de cystotomie chez l'homme, sont la cystotomie sus-pubienne ou taille hypogastrique, les tailles médiane, latéralisée, bilatérale, prérectale (tailles périnéales), et enfin la taille recto-vésicale.

La taille hypogastrique nous paraît devoir être rejetée, dans le cas qui nous occupe, comme ne remplissant pas absolument le but que l'on doit rechercher ; nous avons vu plus haut que la principale indication dans le traitement de la cystite chronique était de chercher à assurer l'écoulement de l'urine et des produits excrétés par la vessie aussitôt

qu'ils sont formés; or, ces produits ont de la tendance à s'accumuler vers les parties les plus déclives, c'est-à-dire au niveau du bas-fond de la vessie tout-à-fait inaccessihle à l'incision hypogastrique ; il resterait donc un cul-de-sac, véritable réservoir de l'urine et des détritus de la vessie qui, malgré un drainage bien fait, ne pourrait être convenablement nettoyé. De plus, si la taille hypogastrique expose moins que les autres procédés aux hémorrhagies artérielles et veineuses, elle a le grave inconvénient de favoriser, plus que tout autre, l'infiltration urineuse, et ici cette infiltration serait d'autant plus dangereuse, qu'elle servirait à la résorption d'une urine déjà décomposée et de produits putrides.

Ce n'est que dans le cas d'obstruction complète ou permanente siégeant au col ou près du col, autre qu'un rétrécissement de l'urèthre, qu'on serait autorisé à pratiquer la cystotomie sus-pubienne. Thompson, dans *The Lancet* (t. 1, 1875), rapporte trois observations où il a agi ainsi dans cette circonstance. Il se servit d'une sonde creuse, très recourbée à son extrémité et munie d'un mandrin boutonné, l'introduisit dans l'urèthre et la poussa dans la vessie jusqu'à ce que son extrémité fût sentie au-dessus du pubis. Il fit alors une incision médiane, juste suffisante pour admettre l'index; les tissus divisés, il fit à la vessie sur le bec de la sonde une ouverture strictement nécessaire au passage de celle-ci ; il remplaça alors le mandrin par un tube élastique qui, une fois la sonde retirée, fut laissé dans la vessie.

Nous n'avons pas à décrire ici les diverses tailles périnéales, dont le manuel opératoire se trouve exposé, avec tous les détails nécessaires dans les traités de médecine opératoire. Disons seulement que dans notre cas particulier, le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire l'extraction de la pierre, qui n'est ni le moins difficile, ni le moins laborieux, est supprimé. De là, la facilité et la bénignité relatives de la

cystotomie appliquée au traitement du catarrhe chronique. Car ce qui fait surtout la gravité de la taille ordinaire, c'est la contusion et la déchirure des parois de la plaie par le passage du calcul. « Quand celui-ci, par suite d'une incision non en rapport avec son volume, ne peut être extrait qu'à l'aide de manœuvres violentes, il contond ou déchire nécessairement les parois de la plaie. De là une inflammation intense qui se propage aux parties voisines et constitue une des complications les plus graves. Boyer va jusqu'à dire que la mort des trois-quarts au moins des malades qui succombent est due à cet accident. » (Le Dentu, *loco citato*, t. 2, p. 629.)

Les diverses tailles périnéales ne constituent pas de véritables cystotomies; on devrait plutôt les appeler des prostatomies, car la prostate est plus intéressée par l'incision que la vessie elle-même. Telle n'est pas la taille recto-vésicale qui s'adresse réellement au bas-fond de la vessie, du moins si l'on emploie le procédé (1) qui consiste à inciser la cloison recto-vésicale dans cet espace triangulaire, correspondant à la base de la vessie que nous avons mentionnée plus haut. De toutes les tailles, c'est celle qui assure le mieux le drainage de la vessie ; de plus, à cause de la facilité d'exécution, de l'absence d'hémorrhagie et de l'incontinence d'urine consécutive, il semble qu'elle dût être préférée à toutes les autres. Mais, disons-le tout de suite, ces avantages réels s'effacent devant des inconvénients peu sérieux: outre qu'elle expose à la blessure des canaux déférents, des vésicules séminales et même du péritoine, si l'incision est portée trop haut, à l'incontinence des matières fécales par la section des fibres sphinctériemes du rectum, elle peut être de

(1) Dans l'autre procédé, on intéresse le rectum, la partie postérieure de l'urèthre, la prostate et le col de la vessie ; le premier, il n'est à peine besoin de le dire, doit être préféré.

plus la cause d'une fistule recto-vésicale persistante. Il est possible aussi que les matières fécales puissent s'introduire dans la vessie à travers l'ouverture artificielle et aggraver par leur contact irritant la cystite chronique que la fistule avait pour but d'améliorer. Pour toutes ces raisons, malgré un succès obtenu par le Dr Hart, de Dlainfield, la taille recto-vésicale doit être rejetée comme méthode de traitement de la cystite chronique rebelle.

Les cystotomies sus-pubienne et recto-vésicale étant éliminées, nous avons à choisir entre les diverses variétés de tailles périnéales.

Si nous consultons la statistique placée à la fin de ce travail, nous voyons que la taille latéralisée a été employée 35 fois, la taille médiane 16 fois, la taille bi-latérale et la taille prérectale 5 fois.

Comme on le voit, la taille latéralisée est celle dont on a fait le plus fréquemment usage, du moins aux États-Unis; en France, Verneuil et Poinsot ont employé la taille prérectale; Duplay et Tédenat se sont servis de la taille médiane.

Nous pensons que la lésion vésicale n'indique pas tel procédé de préférence à tel autre, et que tous assurent également bien le drainage de la vessie ou la section des fibres musculaires contracturées du col; de sorte que pour se baser sur le choix de la méthode à employer, il n'y a qu'à considérer celle qui entraîne le moins d'accidents à sa suite. Le plus grand nombre de cas de mort se rapporte à la taille latéralisée; toutefois, comme le dit Horovitz, ce serait un tort de vouloir établir un rapport de causalité entre la méthode opératoire et le nombre de décès; car on compte un cas de mort sur 5 avec l'uréthrotomie externe, méthode la plus bénigne, et les autopsies ont démontré que la mort devait presque toujours être attribuée à des lésions rénales et non à l'opération elle-même.

Cependant, parmi les diverses tailles périnéales, les unes sont plus meurtrières et plus difficiles à exécuter que les autres. La taille médiane expose à la blessure du rectum et du bulbe et une phlébite peut être la conséquence de ce dernier accident. Dans les tailles latéralisées et bi-latérales, les canaux éjaculateurs et les plexus prostatiques peuvent être intéressés par les lames tranchantes du lithotome ; mais l'accident le plus grave, en raison de sa fréquence, c'est l'hémorrhagie reconnaissant le plus souvent pour cause la section de l'artère superficielle ou de l'artère transverse du périnée. Verneuil faillit perdre, par hémorrhagie, un malade auquel il avait pratiqué la taille prérectale (observation).

C'est ce qui nous détermine à donner la préférence à la taille médiane qui évite, le plus souvent, une pareille complication. On a bien reproché à cette taille de donner une incision trop étroite, ayant de la tendance à se fermer trop tôt, et qu'on était obligé, pour éviter cet accident, de dilater avec le doigt ou par une incision supplémentaire. Dans les dix cystotomies médianes rapportées dans le mémoire de Robert Weir, trois fois l'on fut obligé de faire une nouvelle incision dans la prostate : deux fois d'introduire un ou deux doigts dans la cavité vésicale, cinq fois de dilater l'orifice vésical avec un spéculum bivalve ; mais dans les observations que nous avons pu ajouter à celles de Robert Weir, six fois la taille médiane a été pratiquée et on n'a eu à recourir qu'une fois à la dilatation avec le doigt. On peut, d'ailleurs, pour éviter ce léger inconvénient, mettre une sonde ou plutôt un drain à demeure, ou bien exciser une partie de la prostate surtout lorsqu'elle présente un volume considérable comme chez les individus âgés ; cette excision, d'après le Dr Weir, n'augmente en rien la gravité de l'opération. Lorsqu'on n'a plus besoin de la fistule, l'ouverture périnéale se cicatrise plus rapidement dans la taille médiane que dans les autres tailles.

Soins inhérents à l'opération et traitement consécutif. — Le malade sera purgé la veille comme dans la taille ordinaire. Verneuil conseille, avant d'opérer, de faire une injection phéniquée dans la vessie. Avant d'inciser le col vésical, Poinsot, de Bordeaux, lave les parties déjà sectionnées avec une solution caustique (eau distillée, 90 gr., chlorure de zinc, 10 gr.) pour empêcher la résorption par la plaie des produits toxiques de l'urine. La méthode antiseptique sera employée dans sa plus grande rigueur ; après l'opération, une gaze antiseptique ou une éponge phéniquée sera maintenue au niveau de la plaie périnéale.

Doit-on laisser la plaie libre ou mettre un drain ou une sonde dans la cavité vésicale ? Dittel se sert d'une sonde de Nélaton ou d'un cathéter mou qu'il fixe à demeure dans la vessie au moyen d'une plaque en bois percée d'un trou ; Macfie Campbell et Ollier, de Lyon, dans un cas ds taille latéralisée pour cystite chronique, mirent aussi un drain dans la plaie vésicale ; Poinsot employa une canule de Dupuytren. Ce procédé des sondes à demeure est vivement critiqué par Desault (Œuvres chirurgicales, t. III, p. 126). « D'autres praticiens ont donné dans un excès contraire ; ils veulent que, par ce moyen de la sonde laissée dans la vessie et toujours ouverte, l'urine s'écoule à mesure qu'elle arrive dans cette poche. Cet autre mode a aussi ses inconvénients : les fibres de la vessie étant toujours relâchées, ne peuvent recouvrer leur ressort. Ajoutons à cet inconvénient que la vessie toujours vide, s'applique contre le bout de la sonde, que celle-ci l'irrite, cause de la douleur et souvent des ulcérations dans les lieux de contact. D'ailleurs la sonde se remplit de glaires et s'incruste plutôt que lorsqu'elle est fermée. » Cette critique ne nous paraît pas fondée, attendu qu'elle est dirigée surtout contre une indi-

cation capitale de la cystotomie : assurer le repos complet de la vessie malade.

Je crois qu'il convient de distingner ici les cas où la cystotomie est employée contre la cystite chronique rebelle et ceux où elle a pour but de combattre la contracture douloureuse du col. Dans le premier cas, on doit assurer l'écoulement constant de l'urine et des produits vésicaux ; de plus, on doit maintenir l'orifice vésical artificiel dilaté et faire des injections désinfectantes et modificatrices, assurer, en un mot, le drainage et le nettoyage complet de la cavité vésicale malade. Or, le meilleur moyen de remplir toutes ces indications, c'est de mettre un drain à demeure dans la vessie. Dans le second cas, comme il n'y a pas de lésion vésicale à modifier, à moins qu'elle ne soit venue compliquer la contracture, le séjour permanent d'un drain quelconque aurait plus d'inconvénients que d'avantages. La vessie, souvent réduite à un très petit volume, offre une cavité dont le drainage est pour le moins inutile et le drain ne ferait qu'irriter ses parois presque accolées l'une à l'autre. Pour maintenir l'orifice béant, s'il menace de se fermer, on n'a qu'à introduire de temps en temps le doigt dans la plaie ; on assure ainsi le libre écoulement de l'urine et on empêche les douleurs qui reparaissent souvent lorsque l'ouverture se cicatrise trop rapidement. C'est la conduite qu'ont tenu la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué la cystotomie dans le cas de contracture ou de spasme douloureux du col.

Quant aux liquides employés en injection contre la cystite chronique, ils doivent être choisis dans la classe des antiseptiques et des modificateurs de la muqueuse vésicale. Les antiseptiques les moins irritants doivent être employés de préférence ; la plupart des chirurgiens ont recours à la solution d'acide borique à 3 p. 100 ou à la solution phéniquée à 1 p. 100. Les lavages de la vessie doivent être

pratiqués une ou deux fois par jour et les injections doivent être renouvelées chaque fois jusqu'à ce que le liquide médicamenteux ressorte à peu près pur. Ces diverses solutions, en même temps qu'elles assurent le nettoyage de la cavité vésicale, modifient aussi efficacement la muqueuse; cependant l'on peut recourir spécialement dans ce but aux injections de nitrate d'argent au millième. On emploiera concurremment une médication interne (acide benzoïque, opiat, etc.), et les toniques si le sujet est déjà affaibli. Tous ces moyens doivent être continués jusqu'à ce que la muqueuse vésicale soit revenue à son état normal et que les urines ne soient plus purulentes ou glaireuses; ce n'est qu'alors que l'on sera autorisé à favoriser l'occlusion de la plaie périnéale par un pansement à la poudre d'iodoforme ou par des cautérisations au nitrate d'argent, si ses bords présentent une certaine atonie de bourgeonnement. Si une partie de l'urine ne s'écoulait pas encore par le canal de l'urèthre, il faudrait obtenir cet écoulement par la sonde à demeure passée à travers le canal.

Dans les cas de contracture du col, l'occlusion de la fistule périnéale sera souvent une affaire de tact et de tâtonnement de la part du chirurgien; il devra faire ici, comme cela se pratique après la trachéotomie pour l'enlèvement de la canule, des essais répétés en favorisant d'abord la cicatrisation de la plaie, et à la première réapparition ou recrudescence des symptômes douloureux élargir l'ouverture jusqu'à ce que ces derniers ne reparaissent plus.

Les accidents consécutifs à la cystotomie chez l'homme sont, à part l'intensité, les mêmes que ceux qui suivent l'opération de la taille pour l'extraction des calculs; nous ne ferons que les énumérer. Signalons les hémorrhagies secondaires, la résorption et l'infiltration urineuses, l'impuissance, la stérilité, la cellulite pelvienne, la phlébite et

l'infection purulente, etc. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'à part trois cas d'hémorrhagie, dont un a été suivi de mort (Weir), aucun autre accident sérieux n'a été mentionné dans les observations que nous possédons. Nous devons signaler cependant l'incontinence nocturne d'urine observée chez le malade qui fait le sujet de notre observation. Cette infirmité tenant probablement à la section du col de la vessie peut facilement, lorsque l'incontinence n'est pas permanente, être guérie ou corrigée en partie par un traitement général et surtout par des cautérisations pratiquées sur le col vésical et la région prostatique (Le Dentu).

Nous ne pouvons passer sous silence, en terminant ce chapitre de la cystotomie chez l'homme, une opération qu'on a voulu substituer à la taille pour le traitement du catarrhe grave de la vessie: nous voulons parler de l'uréthrotomie externe. Nous possédons cinq observations, deux de Thompson et trois de Dittel où ce procédé opératoire a été appliqué; nous reproduisons ces cas dans notre statistique. Cette opération remplit-elle bien le but pour lequel elle est proposée, même en admettant l'emploi de la sonde à demeure? Nous ne le pensons pas, et cela, pour plusieurs raisons; d'abord, elle laisse persister entre la vessie et l'extérieur, un canal qui, pour si court qu'il soit, ne mesure pas moins de 3 à 4 centimètres (toute la longueur de la région prostatique), c'est-à-dire qu'il dépasse encore la longueur de l'urèthre chez la femme. Cette circonstance doit gêner la sortie de l'urine et des sédiments qui s'accumulent dans le bas-fond de la vessie, de sorte que celle-ci n'obtient pas son repos complet, important *desideratum* de notre thérapeutique; les lavages complets deviennent difficiles; enfin, la sonde à demeure qu'on nous opposera comme devant suppléer l'incision, devrait tout aussi bien, si nous raisonnons par analogie, remplacer la cysto-

tomie chez la femme, puisque son urèthre égale à peine la longueur de la portion du canal laissé entre la vessie et l'ouverture artificielle ; or, nous savons que ce n'est pas le cas. L'uréthrotomie externe pratiquée comme traitement de la cystite chronique rebelle, n'est donc qu'une opération incomplète ; elle est plus bénigne, sans doute, que la cystotomie ; mais elle n'empêche, pas plus que cette dernière, les malades de mourir de complication rénale, puisque nous constatons, sur cinq opérés, un cas de mort par néphrite suppurée. Nous la rejetterons donc et nous lui préférerons la cystotomie jusqu'à ce que des faits plus nombreux soient venus prouver sa supériorité.

KOLPOCYSTOTOMIE.

L'étude que nous venons de faire de la cystotomie chez l'homme, nous permettra d'être plus bref sur l'opération analogue pratiquée chez la femme dans les cas de catarrhe grave de la vessie.

La cystotomie vésico-vaginale étant le procédé le plus rationnel, le plus facile et le seul employé contre l'affection qui nous occupe, nous passerons sous silence tous les autres procédés de taille. La kolpocystotomie, mot créé par Montrose-Dallen, n'est autre chose que la création artificielle d'une fistule vésico-vaginale ; cette opération a d'autant plus d'efficacité chez la femme, qu'elle permet d'atteindre le bas-fond de la vessie. Tous les procédés doivent viser à faire porter l'incision dans l'espace compris entre le col de la vessie et le col de l'utérus.

Le manuel opératoire, fort simple d'ailleurs, varie avec chaque chirurgien. Nous empruntons à la thèse de Che-

valier le procédé d'Emmel, tel que l'auteur l'a décrit lui-même (*loco citato*, p. 68): « La femme est anesthésiée, placée sur le côté gauche; le spéculum de Sims est introduit. Une sonde, un peu abruptement courbée à un pouce et demi de son extrémité, est alors introduite dans l'urèthre. Elle est confiée à un aide qui fait fortement presser son bec sur la ligne médiane de la base de la vessie, un peu en arrière du col : les tissus saillants à la surface sont saisis avec un ténaculum et divisés avec des ciseaux directement sur le bec de la sonde jusqu'à ce que celle-ci puisse pénétrer dans le vagin. Sur la sonde qui reste dans l'ouverture comme guide, une des branches de ciseaux est passée dans la vessie et la paroi vésico-vaginale divisée sur la ligne médiane. Par ce procédé, surtout lorsque le vagin a des dimensions normales, l'opération est très simple et est faite en quelques minutes. Le but, en coupant sur la sonde, est d'être sûr que la vessie et la surface vaginale sont divisées dans des points correspondants; car telle est la mobilité d'une surface sur l'autre, qu'il est excessivement difficile d'entrer dans la vessie à moins que les parties ne soient transfixées. Ce mode opératoire ne peut qu'être approuvé à cause de sa simplicité. La ligne médiane a été préférée pour la direction de l'incision; sur cette ligne, il n'y a pas de vaisseaux de quelque importance, à moins que l'incision ne soit trop rapprochée du col de l'utérus ou de la vessie. » Emmel adopte ce procédé dans tous les cas, sauf que, par suite d'une cicatrice vaginale, il n'y ait pas assez d'espace entre le col de la vessie et de l'utérus pour faire une incision médiane (observ. II), alors il fait une incision transversale.

Le Dr Bozemann pratique une ouverture transversale dans une étendue d'un demi-dollar juste au-dessus de l'orifice uréthro-vésical; la malade est placée sur ses genoux, le

spéculum est introduit et se maintient de lui-même ; de sorte que l'opération peut se faire sans aide et très rapidement. L'appareil instrumental, très simple, se compose d'un bistouri pointu à lame étroite, d'une paire de ciseaux courbes et d'un ténaculum délicat, le bistouri sectionne la cloison vésico-vaginale, de droite à gauche, dans l'étendue d'un demi-pouce et l'opération est achevée avec les ciseaux. Il excise une petite portion des tissus pour empêcher l'occlusion prématurée de la fistule.

Emmel reproche à ce procédé de faire une ouverture trop large et d'exposer à la blessure des vaisseaux latéraux du vagin et des uretères qui, surtout dans les vessies malades le plus souvent contractées, sont assez rapprochés de la ligne médiane.

Montrose Pallen accuse le bistouri et les ciseaux, employés dans les procédés que nous venons de décrire, d'exposer à des hémorrhagies parfois très graves et à la fermeture trop rapide de la fistule ; il remplace ces instruments par le thermo-cautère porté au rouge sombre, et divise la cloison vésico-vaginale, couche par couche, sur une étendue d'un demi-pouce environ, et avec des temps de repos pour éviter l'hémorrhagie.

John Byrne, de Brooklin (*Kolpocystotomy byelectro-cautery. Gynecological, transactions.* vol. IV, 1880), prétend que le thermo-cautère est un instrument dangereux dans les opérations sur les tissus d'une structure délicate ; de plus, il est incommode. Il conseille le galvano-cautère pour arriver jusqu'à la vessie. Il a inventé pour cela une pince-guide vésico-vaginale composée de deux branches, dont l'une, qu'on introduit dans l'urèthre, est munie d'une rainure et dont l'autre, qui pénètre dans le vagin, est percée d'une ouverture de même dimension que la rainure de la branche supérieure. Les deux branches sont appliquées l'une contre

l'autre et maintenues au moyen d'un ressort. On établit le courant, et le couteau électrique introduit dans l'ouverture de la branche vaginale suit dans toute sa longeur la rainure de la branche vésicale qui lui sert de guide. On obtient ainsi une ouverture longue, étroite et faite comme à l'emporte-pièce (P. Rodet).

Les procédés qni n'exigent pas d'instruments spéciaux, sont les plus faciles et à la portée de tous les chirurgiens. Celui d'Emmet nous paraît le meilleur, parce que l'incision étant faite sur la ligne médiane, elle n'intéresse pas de vaisseaux importants, et qu'il facilite, plus que tout autre, le traitement de la fistule vésico-vaginale produite. L'excision d'une petite portion des tissus, par Bozemann, est rationnelle, mais elle est plus dangereuse que la simple incision. Les procédés au thermo-cautère et au galvano-cautère présentent l'avantage d'éviter l'hémorrhagie, et de donner, une fois l'eschare tombée, une ouverture suffisante et n'ayant pas de tendance à se fermer prématurément.

Tous les auteurs recommandent de maintenir la fistule ouverte pendant des mois et même des années. Pour arriver à ce résultat, ils emploient divers moyens: Emmet introduit prudemment le doigt dans la plaie pendant les premiers jours qui suivent l'opération, puis une fois l'irritation calmée, il se sert d'un clou de verre à forme de bobine boutonnée dans la fistule ; l'extrémité vésicale doit être infléchie en haut pour maintenir l'instrument en place. Il ne faut pas que ces clous soient plus longs que l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, sans quoi ils peuvent provoquer une grande irritation. D'autres chirurgiens emploient un tube en caoutchouc.

Les soins consécutifs sont les mêmes que ceux que nous avons énumérés chez l'homme. Les chirurgiens américains emploient de préférence l'eau chaude pour le lavage de la cavité vésicale. Elden (*The Lancet*, 7 juillet 1883) a eu re-

cours, dans un cas, aux injections d'hyposulfite de soude, puis d'acide nitrique dilué. Ce dernier est utile surtout quand les urines présentent une alcalinité exagérée.

Les accidents de la kolpocystotomie sont les mêmes que ceux de la taille chez l'homme; la péritonite semble être plus fréquente chez la femme, et Emmet faillit perdre une de ses malades par hémorrhagie. Ce dernier auteur attribue à l'anesthésie par l'éther un cas de mort qu'il a eu à déplorer. Il se base sur ce fait pour attribuer à l'anesthésie le principal danger de l'opération, surtout quand les reins sont malades, car alors ils éliminent difficilement l'éther. D'après lui, on devrait remplacer ce dernier par le protoxyde d'azote.

Combien de temps la fistule vésico-vaginale doit-elle être maintenue ouverte ? Ici, de même que dans le cas de cystotomie chez l'homme, on ne peut assigner un temps déterminé; il faut souvent procéder par tâtonnements. Ainsi il est maintefois arrivé à Emmet et à Montrose-Pallen de se voir obligés de pratiquer, même à plusieurs reprises, la réouverture d'une fistule fermée prématurément. Lorsque l'urine et la muqueuse sont redevenues normales, lorsque, malgré l'occlusion partielle de la fistule, les douleurs ne reparaissent pas, et que surtout une partie de l'urine s'écoule par l'urèthre sans souffrances, on est autorisé à pratiquer l'opération de la fistule vésico-vaginale. Tous les chirurgiens sont d'accord pour admettre que la fistule urinaire doit être maintenue longtemps ouverte. Une malade d'Emmet garda son ouverture vésico-vaginale pendant deux ans et huit mois, ce qui ne l'empêcha pas de guérir.

Les inconvénients de la fistule, mentionnés seulement dans quelques observations des chirurgiens américains, doivent attirer l'attention de l'homme de l'art ; outre l'ennui de se sentir constamment mouillée, outre la terrible perspective de devenir un objet de répulsion pour ses semblables et surtout

pour son mari, auprès duquel elle ne peut plus remplir son rôle, la femme kolpocystotomisée est sujette à des accidents inflammatoires du côté du vagin et de la vulve. La muqueuse vaginale, constamment souillée par une urine altérée s'exfolie peu à peu et il en résulte quelquefois des ulcérations lentes à guérir; à cette irritation continuelle viennent s'ajouter souvent, pour l'augmenter, des dépôts calcaires sur toute l'étendue de la surface vaginale (Observation I). Cependant malgré la longueur du traitement, malgré tous les graves inconvénients qui y sont attachés, la femme atteinte de cystite chronique rebelle trouve un plaisir et un repos relatifs dans ce nouvel état, quand elle le compare aux souffrances atroces qu'elle a endurées précédemment. Bien plus la malade refuse quelquefois de laisser fermer sa fistule, malgré une guérison apparente, préférant l'écoulement involontaire des urines, à la seule possibilité de voir les douleurs de la cystite reparaître après l'occlusion de la plaie. (Observat. 2-13).

Comme *entre deux maux, il est toujours indiqué de choisir le moindre*, comme la kolpocystotomie donne des chances plus raisonnables de succès, et que, sans elle, la malade court à une mort inévitable par lésions des reins ou épuisement nerveux, il est du devoir du chirurgien de tenter l'opération, et le plus souvent le retour à la vie de son opérée sera la récompense de sa sage détermination ; s'il ne réussit pas, ce qui arrive rarement, il aura encore rendu un service signalé à la malade, en rendant ses derniers jours plus supportables.

Le traitement de la fistule vésico-vaginale artificielle ne présente rien de particulier ; loin de rester béante, l'ouverture tend à se fermer d'elle-même comme nous l'avons dit plus haut ; il n'y a le plus souvent qu'à favoriser sa fermeture ; si elle avait des tendances à persister indéfiniment, on pratiquerait l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Observation I.

Cystite chronique douloureuse. — Kolpocystotomie par Emmet (Thèse de Chevalier).

Marie B...., 24 ans, entre à l'hôpital des femmes le 17 octobre 1868. Fistule vésico-vaginale datant de 3 mois, consécutive à un travail de 30 heures. Opérée le 19 novembre 1868 par le Dr G. Perry. Réunion parfaite le 10me jour. A la suite de violents efforts, production sur la cicatrice de plusieurs petites ouvertures opérées successivement par Perry et Emmet. Guérison complète le 31 mars 1869.

Quelques semaines après la guérison apparut une cystite qui augmenta progressivement, miction de plus en plus difficile, douleurs atroces. Entrée de la malade à l'hôpital le 31 mars 1870. Introduction d'un double cathéter pour laver la vessie, des plus difficiles et des plus douloureuses, à tel point qu'on fut obligé d'en venir à l'anesthésie journalière pour pratiquer ce lavage. L'amélioration ne survenant pas, on pratique une incision transversale, longue d'un pouce, immédiatement au-dessus du col de la vessie, l'incision suivant l'âge du vagin ne pouvait être pratiquée à cause de la grande perte de tissus existant. L'exploration digitale révélait une hypertrophie considérable des parois de la vessie : la muqueuse était détruite dans une grande partie de son étendue et recouverte d'un dépôt calcaire. Les souffrances continuèrent après l'opération et l'usage journalier d'un anesthésique redevint nécessaire avant de laver la vessie. Clou de verre introduit dans l'ouverture une semaine après l'opération pour empêcher la cicatrisation. Injections continuées soigneusement jusqu'au 7 août, époque à laquelle on enleva le clou de verre qui commençait à ulcérer la paroi postérieure du vagin. Grande amélioration. Quelque temps après, sans cause appréciable, survint une rechute avec frisson et symptômes de pelvi-péritonite. Nouvelles douleurs ; surface entière du vagin privée de sa muqueuse sous l'influence irritante de l'urine et couverte de dépôts calcaires. Urines purulentes. L'irritation vaginale ayant un peu diminué, on toucha les bords ulcérés de la fistule avec une solution éthérée de nitrate d'argent et on appliqua une couche de collodion. Amélioration très rapide. Le 14 novembre, on pouvait introduire le doigt dans la vessie sans causer de douleur, et toute trace de

cystite avait disparu. Fistule fermée par huit points de suture. Cathéter en forme de S maintenu dans la vessie et nettoyé matin et soir.

Le 20 janvier 1872, la malade ne présente plus aucun trouble vésical, sa santé est bonne ; son poids a augmenté de 20 livres. Cependant il persiste une fistule vésico-vaginale très petite qui n'empêche pas la malade de retenir ses urines lorsqu'elle est couchée sur le dos. Le passage d'une sonde dans la vessie en quelque point que ce soit n'éveille pas la moindre douleur.

Observation II.

Cystotomie pour un cas de cystite par le Dr J. Collins Warren (*in Boston medical and surgical Journal*, 11 août 1881).

9 mai 1878. K. C., 43 ans, mariée, sans enfants. La malade raconte qu'à la suite d'un refroidissement, il y a 10 ans, elle éprouva quelques légères douleurs pendant la miction. S'étant mariée quelque temps après, la miction devint en un an très difficile, très douloureuse et très fréquente.

Quand la rétention d'urine durait quelque temps, la douleur devenait intense, et dès qu'elle urinait elle éprouvait une sensation de brûlure dans l'urèthre et dans la vessie. Elle avait été soumise aux douches vésicales, à la dilatation du col, aux cautérisations vésicales et aux médicaments internes. Son état ne s'était pas amélioré ; il avait plutôt empiré.

Son urine contenait une grande quantité de pus, de sang et d'épithélium vésical. La malade fut adressée au Dr Warren par le Dr W. Symington Brown, de Stoneham, qui jugeait l'emploi de la cystotomie comme dernière ressource. Elle fut en effet pratiquée ; une incision d'un peu plus d'un pouce de long fut faite à la paroi vaginale sur un cathéter cannelé introduit dans la vessie ; les muqueuses vésicale et vaginale furent réunies par une suture au catgut phéniqué. Deux jours après l'opération, l'urine passait presque continuellement par la fistule et la douleur vésicale avait beaucoup diminué ; une semaine après les douleurs avaient disparu.

Après avoir appris à la malade à laver sa vessie une fois par jour avec de l'eau chaude, on la renvoya en l'engageant à venir faire examiner son urine de temps en temps.

Octobre 1878. La malade prétend qu'elle s'est très bien trouvée jusqu'à ces derniers temps, mais qu'actuellement l'urine séjourne dans la vessie et lui cause de violentes douleurs. A l'examen, l'ouverture admet à peine l'extrémité du petit doigt ; on l'élargit dans une étendue de 2 pouces et demi et on suture comme précédemment ; légère hémorrhagie secondaire ; la convalescence ne présente rien d'anormal, et la malade sort deux semaines après complètement guérie.

Juillet 1880. L'urine étant normale depuis quelque temps et l'état général de la malade étant satisfaisant, on pratique la fermeture de la fistule ; les bords en sont avivés et réunis par 17 points de suture au fil d'argent, une sonde en caoutchouc est placée à demeure dans la vessie. Pendant les 5 premiers jours qui suivirent l'opération, l'urine ne s'écoula pas par le vagin ; mais alors survint une diarrhée intense qui dura plusieurs jours et qui tenait sans doute à l'occlusion de la fistule, car elle disparut au moment où l'urine fit issue de nouveau et en grande quantité par la fistule. Les points de suture sont enlevés le 10^{me} jour et on constate une petite ouverture.

La malade est envoyée à la campagne pour y prendre des forces et le 23 septembre on renouvelle l'opération ; 7 points de suture sont appliqués sans accident, et lorsqu'on les enlève, la fistule est complètement oblitérée. Pendant plusieurs jours, la malade eut des envies fréquentes d'uriner et des douleurs pendant la miction ; de sorte qu'on crut un moment que l'opération avait été faite prématurément ; mais les intervalles entre les mictions devenant plus grands, on rattacha ces symptômes à la dilatation progressive de la vessie.

Nous avons vu la malade 5 mois après, elle était complètement rétablie et retenait son urine à volonté ; elle avait perdu 65 livres de son poids pendant la maladie ; le régime lacté la remit dans son état normal.

Observation III.

Cystotomie dans un cas de cystite subaiguë (Elder, *The Lancet*, 7 juillet 1883.)

La malade est une femme de 72 ans, rhumatisante, entrée à l'hôpital des femmes, le 2 décembre 1882 ; depuis 4 mois, elle était traitée à domicile pour les symptômes mêmes qui l'amènent à l'hôpital ; elle souffre d'une incontinence d'urine avec mictions fréquentes, ténesme

vésical, dysurie et sensation constante de brûlure à l'hypogastre et à la vulve; les mictions sont si fréquentes qu'elles ne laissent aucune nuit de repos à la malade; la vulve et la peau avoisinante sont le siège d'un prurit intense; la santé générale décline; l'urine est un peu trouble, très ammoniacale, avec dépôt abondant de pus et de mucus; densité 1018. A l'examen microscopique, on trouve des cellules épithéliales, des amas de fibrine et de phosphates.

Du 12 décembre au 23 février, on emploie la médication balnéaire locale et générale; les injections simples et médicamenteuses, le cathétérisme fréquemment répété, les alcalins, les acides avec ou sans sédatifs, le tout sans amélioration notable du côté des urines.

La santé générale ne s'améliorait pas; on pratiqua le 23 février, après avoir anesthésié la malade avec l'éther, une fistule vésico-vaginale; on introduisit dans la vessie un cathéter ailé fixé à un long tube. Le repos ainsi donné à la vessie combiné aux injections, d'abord d'une solution d'hyposulfite de soude, puis d'acide nitrique dilué associées à la quinine à l'intérieur et à des boissons acidulées, amenèrent bientôt une amélioration de l'état local; le ténesme disparut rapidement ainsi que la douleur. Le 28 avril, on remarqua que, bien que le cube à drainage n'eût été en place depuis trois jours, l'urine était rendue par l'urèthre sans inconvénient après avoir été retenue pendant trois jours : la fistule ne donnait plus d'urine, celle-ci était claire, légèrement acide et laissait déposer seulement un léger nuage de mucus.

Le 9 mai, la malade quittait l'hôpital complètement guérie de ses troubles urinaires; elle rendait, sans douleur, des urines normales. La fistule ne fut traitée que par des cautérisations au nitrate d'argent. Le 31 mai, j'ai vu la malade qui peut garder ses urines 3 ou 4 heures; celles-ci sont normales et la fistule est fermée.

Observation IV.

Cystotomie contre une cystite chronique. — Mort par néphrite suppurée (Dr Barss-Boston *Med. and surg. Journal*, décembre 1879). Thèse de Chevalier.

X..., alcoolique, âgé de 44 ans, est atteint d'une cystite chronique avec douleurs intolérables. Après des douleurs persistantes dans le rein gauche, de 1866 à 1872, survint une hématurie soudaine et abon-

dante qui y mit fin; mais une urine épaisse, gluante y succéda, en déterminant de fréquentes et douloureuses envies d'uriner. Malgré divers moyens employés jusqu'en 1878, notamment le lavage de la vessie, cet organe était devenu si irritable que les mictions se répétaient toutes les deux ou trois minutes avec des douleurs intenses tout le long de l'urèthre. Le 1er avril 1878, en présence de quatre médecins, ce malade fut éthérisé et placé dans la position de la taille. Un cathéter étant introduit dans la vessie, la taille latéralisée fut pratiquée par une incision étendue de la vessie, de manière à donner libre cours à l'urine. Le doigt introduit à l'intérieur, ne rencontra ni calcul, ni tumeur, mais une muqueuse très épaissie.

Sept heures après l'opération, l'urine coulant librement hors de la plaie, le malade déclara qu'il se trouvait mieux qu'il n'avait été depuis plusieurs années. La température s'éleva le lendemain jusqu'à 105 Fahr, et de l'urine s'écoulant par l'urèthre ramena les douleurs. Mais un tube en caoutchouc, placé dans la vessie, mit rapidement fin à ces accidents. L'urine continua néanmoins à être épaisse et purulente, ainsi qu'alcaline, malgré les lavages répétés de la vessie. Elle ne devint neutre que sous l'influence de l'acide benzoïque porté jusqu'à l'extrême dose de 6 gr. par jour. Mais par suite de troubles digestifs, cet acide dut être cessé et l'urine redevint alcaline. Néanmoins, quatre mois après l'opération, l'opéré commença à sortir et à reprendre ses occupations en portant son tube urinaire. Il n'était pas guéri, car l'urine contenait toujours du mucus en grande quantité, et il ne pouvait s'en écouler par l'urèthre sans provoquer de vives douleurs.

Il souffrait toujours des reins, mais trouvait néanmoins sa position plus supportable par l'écoulement artificiel de l'urine.

La mort survint le 2 septembre 1879, 17 mois après l'opération. En tentant d'enlever le rein gruche, il se brisa en une masse de détritus et de pus. Le rein droit, au contraire, était normal. Les parois de la vessie étaient épaissies et contractées. L'uretère gauche était atrophié et imperméable tandis que le droit était dilaté. Prostate normale; une petite tumeur muqueuse se projetait dans l'urèthre à son point de jonction avec la vessie.

Observation V.

W. Macfie Campbell. — Cystite chronique, cystotomie (*in Lancet*, t. I, 17 avril 1882, p. 688.)

Charles W., 37 ans, tailleur, fut admis au Northen Hospital de Liverpool, le 15 janvier 1881. Sa maladie datait de deux mois ; il était guéri depuis sept semaines d'une orchite traumatique lorsqu'il s'exposa au froid et à l'humidité pendant un voyage. Il lui fut impossible de garder ses urines qui coulaient goutte à goutte et qui passaient avec douleur et difficulté. A son admission, il souffre à l'extrémité de la verge et après la miction, l'incontinence d'urine est remarquée ; les épreintes vésicales sont fréquentes. Le gland et le prépuce sont congestionnés ; mais il n'y a aucun rétrécissement de l'urèthre ni aucun calcul dans la vessie que le passage de l'urine irrite beaucoup. L'urine était épaisse, visqueuse, fétide et contenait une quantité considérable de pus. Son lit et ses vêtements exhalaient une forte odeur de souris, une odeur urineuse. Pendant son séjour à l'hôpital, toutes les méthodes usuelles de traitement furent employées avec soin et sans effet ; ce furent d'abord les médications internes, le buchu, l'uva ursi, l'acide benzoïque, le copahu, la solution de potasse, la jusquiame, la belladone, etc., puis les lavages de la vessie avec du bismuth et la morphine, avec de la quinine, avec une solution diluée d'acide nitrique et des suppositoires de morphine et de belladone. Les injections hypodermiques de morphine calmaient les douleurs vésicales, mais le malade allait de mal en pis. Le drainage continu de la vessie avec une sonde fut essayé, mais les souffrances horribles qu'il provoquait la firent supprimer quelques heures après. Dans ces circonstances et comme le cœur n'était pas spécialement atteint, la cystotomie fut décidée. Le 30 juin 1881, le malade fut placé dans la même position que dans la taille et l'incision latérale fut faite. Le doigt fut passé dans la vessie qui fut explorée en tous sens.

La membrane muqueuse de la vessie était granuleuse et villeuse ; aucune ulcération, aucun point sphacélé ne purent être découverts. Un drainage fut alors mis dans la vessie ; un suppositoire avec un grain de morphine fut mis dans le rectum et le patient rapporté dans son lit. Son amélioration fut satisfaisante et, quoiqu'il fût faible, il

put sortir de son lit au bout de six semaines. Au bout de deux mois, comme il commençait à uriner par l'urèthre avec douleur, il fut décidé qu'on agrandirait l'ouverture pour assurer un drainage complet. En octobre, la plaie commençait à se fermer, il fut envoyé à la maison de convalescence de Walton ; mais sa fistule ne guérissant pas, il revint nous trouver; l'avivement et la suture profonde ont tout-à-fait assuré sa guérison.

Observation VI.

Cystite avec inertie de la vessie.— Cystotomie.— (Observation due à M. le professeur-agrégé Poinsot; extrait de la thèse de Chevalier.)

Résumé. — En janvier 1882, je fus appelé par le Dr Solles pour voir un malade atteint depuis plusieurs années de troubles urinaires. M. G..., âgé de 48 ans, d'un tempérament sec et nerveux, commença à éprouver, au début de 1881, des besoins fréquents d'uriner; urines rares et gêne à la fin de la miction. Le Dr Solles constata un rétrécissement peu étroit de la région membraneuse qui fut traité par la dilatation. Amélioration. Mais vers le mois de décembre, apparurent des accidents de cystite d'une grande violence avec inertie de la vessie qui résistèrent à tous les traitements.

Quand je vis le malade, la miction ne pouvait s'accomplir sans sonde ; envies tellement fréquentes, que le malade pratiquait le cathétérisme toutes les demi-heures ; urines purulentes, avec une certaine quantité de sang, à odeur putride et insupportable. Absence de repos jour et nuit, émaciation considérable, éréthisme nerveux ; fonctions digestives profondément troublées ; inappétence absolue. A ce moment, plus de rétrécissement. Soupçons de corps étranger, vu les symptômes que disait présenter le malade. Je perçus avec l'explorateur de Thompson n° 16, en arrière et à droite du bas-fond vésical, la sensation, en apparence, fort nette d'un corps étranger. Mais le doigt introduit dans le rectum ne dénotait rien ; un deuxième examen pratiqué deux jours plus tard donna le même résultat. Il fallait agir, le malade réclamant à grands cris une opération ; en présence de l'insuccès des moyens variés employés par le Dr Solles, je proposai la cystotomie qui fut acceptée. C'était le seul procédé qui permit de débarrasser le malade de tout corps étranger au cas *improbable* où il existerait une pierre et de traiter sa cystite.

Opération pratiquée le 15 janvier. Incision comme pour la taille prérectale ; lavage de la plaie avec une solution de chlorure de zinc au douzième pour empêcher l'absorption par la plaie des produits putrides de l'urine. Le col est incisé avec le lithotome double ; l'introduction de l'index dans la vessie ne me fait reconnaître aucun calcul. Dilatation de la plaie vésicale avec une paire de fortes tenettes suivant la méthode de Weir ; mise en place de la canule à chemise de Dupuytren pour servir à l'écoulement de l'urine. Vu les antécédents du malade, l'emploi du chloroforme paraissait contre-indiqué, l'anesthésie avait été obtenue à l'aide d'un mélange de chloral et de sirop de morphine administré par la bouche.

Le malade demeura assoupi le reste du jour et une partie de la nuit ; mais, dans la matinée du 16, il recommença à éprouver des douleurs intenses ; la vessie, en se contractant, chassait la canule et l'urine cessait de s'écouler au dehors ; les douleurs de la rétention revenaient. La canule est enlevée et l'évacuation de l'urine est assurée de temps en temps par la plaie périnéale, à l'aide d'une sonde droite qui permet, en même temps, des lavages de la vessie à l'aide d'une solution d'acide borique.

Cette pratique amena aussitôt une détente marquée ; dès le troisième jour, les urines avaient perdu de leur fétidité et de leur purulence ; elles ne contenaient plus de sang. Hallucination du malade pendant la nuit ; il faisait de vains efforts pour uriner par les voies naturelles. Le 24 juin, le malade pouvait se lever et demeurer une heure dans son fauteuil. A aucun moment, il n'avait éprouvé d'accidents fébriles.

Cependant les urines demeuraient troubles et avaient une certaine odeur ammoniacale ; mais les douleurs étaient extrêmement calmées. Le 6 février, le malade perdit subitement connaissance ; je le trouvai dans le coma avec une paralysie du côté droit et une contracture moyenne du côté gauche. Ces accidents durèrent deux jours sans que le malade revint à lui ; il mourut le 8 février avec les signes d'une paralysie progressive.

Observation VII.

Cystite chronique rebelle.— Cystotomie.— Guérison.— Hôpital Lariboisière.— Service de M. Duplay.

Le nommé P., 45 ans, concierge, entre le 13 mars 1883, salle Saint-Honoré, lit n° 18.

Ce malade souffrait depuis deux ans et demi de douleurs violentes occupant la région périnéale et le bout de la verge. Il semblait même, au dire du malade, que «c'était au niveau du méat que siégeait la maladie.» La miction réveillait ces douleurs. Souvent survenaient des élancements douloureux et soudains provoquant des efforts de miction. Mais c'est à peine si quelques gouttes d'urine pouvaient être rendues en dehors des mictions proprement dites.... Marche fréquemment impossible; ténesme rectal, le besoin d'uriner se manifestait 40 ou 50 fois dans la même journée, ni l'heure, ni le moment des repas n'exerçaient d'influence sur ce ténesme vésical,

Les urines tantôt claires, tantôt rouges, souvent floconneuses, chargées de mucosités, prenaient parfois une coloration sanguinolente. Hématocèle abondante vers le mois de juin 1881. Le malade est soigné en ville par M. Duplay depuis plus de deux ans et on a successivement employé, sans succès, tous les remèdes internes pour atténuer les phénomènes douloureux et modifier l'état des urines. Il est inutile d'ajouter que l'exploration des voies urinaires a été pratiquée plusieurs fois et a toujours fourni des renseignements négatifs, relativement à la préseuce d'un calcul ou d'une tumeur quelconque de la prostate ou de la vessie.

A son entrée à l'hôpital, nous avons été frappé de la pâleur extrême du visage. Les urines abondantes, troubles, chargées de masses floconneuses, présentaient un dépôt de couleur grisâtre, occupant la partie inférieure du liquide. Les douleurs présentaient les caractères décrits plus haut. Appétit médiocre, pas de toux, insomnies, état particulier d'éréthisme nerveux.

Le traitement consiste d'abord en injections d'une solution d'acide borique à 1/200. Pendant un mois environ, l'aspect des urines ne subit aucune modification. M. Duplay eut recours aux instillations de nitrate d'argent au 1/50 suivant la méthode de M. Guyon. Ces instilla-

tions furent bien supportées, mais ne modifièrent en rien l'état local et l'état général. Ces instillations furent renouvelées 5 fois, mais sans donner de résultats appréciables.

En présence de l'insuffisance d'action des instillations, M. Duplay résolut d'agir directement sur la vessie et de se rendre un compte exact des lésions vésicales.

La taille médiane fut pratiquée le 19 avril; l'opération permit de reconnaître l'existence de fongosités vésicales occupant une partie du bas-fond. La curette de Volkmann servit à détacher aisément ces fongosités; l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de simples fongosités de la muqueuse.

La taille périnéale et le grattage furent suivis de peu de réaction générale. Le soir même de l'opération, la température s'éleva à 39°4 ; le soir du jour suivant, T. 39°5 ; depuis cette époque la température s'est maintenue à 38° et quelques dixièmes.

Ce qui est digne de remarque, c'est la modification rapide, immédiate des urines : d'abord un peu rosées dans les premiers jours qui suivirent l'opération, elles devinrent plus limpides, à peine floconneuses dans leur couche la plus inférieure.

La plaie périnéale livra passage aux urines dès le premier jour de l'opération. Le lendemain, il s'écoula par l'urèthre une certaine quantité d'urine. Dès lors l'urine passe à la fois par le canal uréthral et par la plaie du périnée. Celle-ci s'est conduite comme une plaie simple. Les bords un peu grisâtres, boursouflés, offraient une certaine atonie du bourgeonnement, de fréquentes cautérisations au nitrate d'argent furent nécessaires.

Le malade sort le 17 juin ; son état général et local est des plus satisfaisants, les urines sortent presque exclusivement par l'urèthre.

Observation VIII.

Contracture douloureuse du col vésical ; taille médiane. — Mort par suppuration des reins (Extrait de la clinique chirurgicale du professeur Dolbeau, résumée dans la thèse de Laforest).

Un malade âgé de 38 ans, chez lequel la contracture avait débuté il y a 6 ans, vint consulter M. Dolbeau (1866). Il avait vu auparavant les autorités les plus compétentes, il avait fait tous les traitements

sans obtenir une amélioration durable. Lorsque ce chirurgien le vit pour la première fois, il était arrivé à la dernière période ; il avait la toux sèche et fréquente et des accès de fièvre tous les soirs.

M. le professeur Grisolle, appelé en consultation, n'avait rien trouvé de bien net comme lésion pulmonaire. M. Dolbeau reprit quelques traitements, mais en vain les troubles des voies urinaires persistaient de même que les symptômes généraux. Ce chirurgien eut recours alors comme dernière ressource à la section uréthrale de dehors en dedans et débrida largement la région musculeuse et prostatique du canal.

Aucun accident ne survint, la plaie se cicatrisa et les troubles des voies urinaires cessèrent complètement.

Mais il était déjà trop tard, la fièvre persista, la toux devint plus fréquente, l'amaigrissement fut extrême et le malade mourut épuisé. Il succombait à la suppuration des reins.

Cystotomie pour une grave et ancienne douleur vésicale (*irritable bladder*) par M. Craith, *Med Times* 1867, N° 885 (communiquée par M. Chalot).

Un homme de 52 ans présentait les symptômes d'une irritation vésicale qui allèrent en s'aggravant peu à peu. Outre des envies fréquentes d'uriner apparurent bientôt des douleurs et des crampes du col intolérables. L'urine était d'abord tout à fait normale; plus tard se développa un catarrhe vésical avec urines muqueuses et purulentes.

Malgré tous les essais thérapeutiques, cet état s'aggrava de plus en plus et le patient était obligé de passer toute la journée avec un urinal entre les jambes en proie à des douleurs atroces. Alors Craith proposa au malade un procédé qui avait été pratiqué une fois par Fergusson dans des circonstances analogues : c'était la cystotomie médiane ayant pour but de diviser le plus complètement possible les nerfs du col vésical. L'ouverture pratiquée, Craith introduisit le doigt dans la vessie et ne put rien y découvrir, si ce n'est une dépression cicatricielle de la paroi antérieure.

Le soulagement fut très sensible. Lorsque le 8^{me} jour, l'urine commença à s'écouler de nouveau par l'urèthre, les douleurs reparurent, mais elles cessèrent aussitôt que la plaie périnéale eut été un peu dilatée avec le doigt ; quatre semaines après l'opération, l'urine avait repris son cours normal par l'urèthre. Cependant, les douleurs et les

crampes reparurent, mais à de rares intervalles. La cathéter pouvait être introduit dans la vessie, sans douleur ; la plaie périnéale se cicatrise complètement. La guérison de l'irritation vésicale ne fut pas sans doute radicale ; mais l'effet de l'opération peut être considéré comme très satisfaisant.

Observation IX.

Contracture douloureuse du col vésical ; taille médiane ; pas de calcul vésical ; guérison par Lesueur, de Vimoutiers (Orne) (Thèse de M. Gergaud).

M. A., médecin, âgé de 70 ans, est d'une bonne constitution, il a toujours joui d'une excellente santé à part des douleurs rhumatismales.

En 1860, il éprouva sans cause connue un besoin fréquent d'uriner, la miction d'abord indolore devient des plus pénibles. A chaque instant, envie insurmontable d'uriner ; sortie alors de quelques gouttes d'urine qui brûlent comme du feu. Ceci s'accompagne d'une pesanteur insupportable dans la région périnéale. Le cathétérisme est assez facile, les urines donnent un léger dépôt, quelquefois elles sont un peu sanguinolentes.

Le diagnostic porté fut : spasme douloureux du col de la vessie. On employa tour à tour les bains, les suppositoires calmants, les injections, le bromure de potassium, la dilatation du canal par des sondes de plus en plus volumineuses ; après l'emploi de ces divers moyens pendant deux mois, le malade à bout de patience et sentant d'ailleurs sa vie sérieusement menacée, se décide à se soumettre à l'opération de la taille périnéale.

La taille fut pratiquée, les suites de l'opération furent des plus simples et le malade s'est pour toujours trouvé débarrassé d'un emaladie qui ne lui laissait aucun repos.

Observation X.

Spasme de la vessie guéri par la cystotomie. — Observation de Francesco Barona, de Novare (*Rivista clinica* 1873, N° 4, p. 97).

Piétro Burgi, 22 ans, eut à l'âge de 15 ans une blennorrhagie qui, mal soignée, dura plusieurs mois et à la suite de laquelle il garda une

sensibilité plus vive de l'urèthre et des besoins plus fréquents d'uriner. Reçu le 20 juillet 1872 à l'hôpital de Novare, il présente les symptômes suivants : besoins constants d'uriner, impossibilité de garder la plus petite quantité d'urine, douleur vive, brûlante pendant la miction, sensation de contracture douloureuse au périnée ; à peine avait-il émis quelques gouttes d'urine qu'il était obligé de s'étirer la verge et de se frictionner le périnée pour se soulager. Cet état déplorable qui ne laissait de repos ni jour ni nuit durait depuis plusieurs mois. Urines troubles à odeur ammoniacale. L'exploration du rectum, de l'urèthre et de la vessie avec une sonde assez grosse donne un résultat négatif.

Les injections phéniquées de tannin et de laudanum, de nitrate d'argent, ne procurèrent qu'un soulagement passager ; le bromure de potassium porté jusqu'à 8 gr. par jour, les alcaloïdes, les onctions de belladone, l'emploi endermique de la morphine et de l'atropine, le chloral ne donnèrent aucun résultat utile.

On essaya enfin la dilatation forcée du col vésical qui donna un résultat plutôt défavorable qu'avantageux.

Enfin, après trois mois d'efforts infructueux, Parona se décida à pratiquer la section des couches musculaires, siège du spasme.

Devait-on choisir la cystotomie interne ou la cystotomie périnéale ?

Parona se décida pour la seconde comme devant donner un résultat plus complet, sans faire courir au malade un danger plus grand.

En effet, la cystotomie périnéale permet de remédier plus facilement à l'hémorrhagie si elle se produit, et de plus intéresse non seulement le col vésical, mais aussi la portion membraneuse de l'urèthre qui prend part au spasme aussi bien que le col.

L'opération fut pratiquée par la taille médiane avec le cystotome de Dupuytren. L'imprudence du malade amena après l'opération une hémorrhagie assez intense qui se reproduisit dans la journée, mais qu'on put maîtriser par des injections d'eau froide ; les suites furent assez bonnes, et 12 jours après il ne restait plus trace des symptômes observés.

Un mois après, la plaie était entièrement cicatrisée, et après un séjour de deux mois, le malade quitte l'hôpital entièrement et parfaitement guéri.

Observation XI.

Spasme vésical chronique rapidement guéri par l'incision sous-cutanée du col de la vessie. — Relation du Dr Grazianetti (*Ann. Univ. di med. buglio* 1872, p. 98), communiquée par M. Chalot.

Résumé. — G. S., 36 ans, tempérament nerveux, souffre depuis 8 ans environ de besoins très fréquents d'uriner avec efforts pénibles et infructueux. Cet état se prolongea jusqu'au 3 février 1872, époque à laquelle les douleurs devinrent si violentes, qu'il fut obligé de réclamer les secours de l'art.

Grazianetti constate à l'examen du malade des envies d'uriner revenant tous les quarts d'heure au plus : douleur très vive, lancinante au gland, principalement après la miction ; urine claire et acide, pouls fébrile, physionomie souffrante. Repos absolu, boissons tempérantes, sangsues au périnée, demi-bains tièdes comme traitement.

Ces symptômes faisant soupçonner l'existence d'un calcul vésical, l'exploration de la vessie et le toucher rectal sont pratiqués et ne dénotent rien de particulier. Les demi-bains tièdes sont continués, on prescrit de plus du bicarbonate de soude et une potion au bromure de potassium. Soulagement passager ; mais quelques jours après urines presque suspendues ; ténesme de la vessie tel que le malade est obligé de passer toute la nuit accroupi sur le vase pour rendre quelques gouttes d'urine au milieu de douleurs atroces.

On essaya les injections de morphine, les onctions d'extrait de belladone au périnée et des suppositoires de la même substance, le sulfate de quinine à cause des paroxysmes vespéraux de la douleur.

Grazianetti s'adjoint les Drs Parona et Tadini qui, après plusieurs examens, n'ayant trouvé ni corps étranger, ni lésion organique de la vessie et de la prostate, sont obligés de s'arrêter avec lui à l'idée d'un spasme vésical essentiel.

Les antispasmodiques, la quinine, les narcotiques n'ayant donné aucun résultat, on tenta les courants électriques (intermittents et continus), les douches froides le long de la colonne vertébrale, les vésicatoires morphinés, les injections combinées de morphine et d'atropine, tout fut inutile.

Le professeur Bottini ayant trouvé à l'examen microscopique des

urines, des spores de penicillium glaucum, crut que ces parasites pouvaient être la cause du ténesme; en conséquence, il ordonna des injections vésicales d'eau phéniquée d'abord au $^{1}/_{100}$ puis au $^{2}/_{100}$. Les spores furent supprimées, mais non la douleur dont la violence était telle que des doses énormes de narcotique ne pouvaient la calmer.

En face de tant de souffrances, de l'épuisement nerveux considérable qui avaient conduit le malade au marasme et au désespoir, le professeur Bottini se décida à inciser le col de la vessie avec l'inciseur prostatique de Mercier. Il fit sur le col et sur une partie de la portion prostatique de l'urèthre une incision d'une longueur d'un pouce et d'une profondeur d'un demi-pouce environ. Pendant la section, il eut la sensation d'un craquement analogue à celui qu'on perçoit en pratiquant la ténotomie.

Les suites de l'opération furent très simples; la nuit d'après le malade put prendre quelques heures d'un sommeil réparateur; les mictions ne s'opéraient que toutes les heures au plus sans ténesme et sans douleur aucune, sauf une sensation de brûlure le long de l'urèthre. Accès de fièvre intense le soir du 3me jour, dont on empêcha le retour par une injection de quinine.

Cinq jours après l'opération, G. S. n'urinait que 5 ou 6 fois dans la journée sans le moindre trouble et pouvait reprendre ses occupations à la campagne. Un mois après, Grazianetti revit le malade qui continuait à jouir d'une parfaite santé.

Observation XII.

Opération de la taille par M. Verneuil pour une cystalgie rebelle.
(Thèse de Gergaud, 1882.)

Résumé. — Gransillier François, 29 ans, se plaint de douleurs vésicales extrêmement vives et d'envies fréquentes d'uriner; il est très pâle et très affaibli.

En février 1875, il fut pris, sans cause appréciable, d'envies fréquentes d'uriner avec douleurs vives à la région périnéale. Traité à l'hôpital militaire de Caen par des capsules de térébenthine, des lavages de la vessie avec l'eau de bourgeons de sapin additionnée de sulfate de zinc. Amélioration très sensible. En mars 1879, il contracta

une blennorrhagie compliquée de cystite; envies fréquentes d'uriner; quelques gouttes de sang à la fin de la miction, accompagnée de douleurs très violentes; des instillations au nitrate d'argent faites à l'hôpital Necker, exaspérèrent les douleurs. Huile de foie de morue; créosote.

Besoin d'uriner toutes les dix miautes et douleurs très vives au moment de la miction. Urines troubles, mucus en assez grande quantité; douleurs à la région lombaire du côté gauche en octobre 1880; application par M. Verneuil de pointes de feu sur la région douloureuse. Un opiat de copahu et de cubèbe modifie momentanément les douleurs, bromure et chloral inutiles; seule, la morphine procurait quelque soulagement. En présence de la ténacité des symptômes douloureux, Verneuil fit l'opération de la taille prérectale (24 novembre 1880).

Au moment de l'incision du col vésical, il y eut une hémorrhagie veineuse très abondante, arrêtée par des injections d'eau froide; hémorrhagie très grave dans la journée arrêtée par le tamponnement.

Le 1er janvier 1881, la plaie n'était pas complètement cicatrisée et les douleurs avaient reparu. Pas de modification du besoin d'uriner, qui reparaît toutes les demi-heures acccompagné de douleurs vives et lancinantes.

Observation XIII.

Cystotomie pour cystite spasmodique du col, par M. Ollier, de Lyon.
(Thèse de Boymond, Lyon, 1882.)

Résumé. — Louis Cropot, 52 ans, entre le 3 décembre 1880 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Ollier. Pas d'antécédents héréditaires, ni calcul, ni affection vénérienne, ni alcoolisme.

Il y a 7 ans, le malade commença à ressentir des douleurs puis des envies fréquentes d'uriner, accompagnées d'une sensation de brûlure dans toute la longueur du canal. Bientôt hématuries peu abondantes, mais cependant assez sérieuses et qui durèrent pendant six mois. Elles cessèrent pour ne revenir qu'à des intervalles assez éloignés.

M. Vincent, suppléant de M. Ollier, porta le diagnostic de cystite

spasmodique du col, avec dilatation variqueuse des veines du col, chez un sujet rhumatisant, hémorrhoïdaire. Le massage du col avait procuré un peu d'amélioration. Des injections d'une solution de nitrate d'argent procurèrent un apaisement très considérable.

Aujourd'hui, douleur vive, cathétérisme insupportable, envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit. Cuisson très vive au périnée et à l'extrémité du gland. Urines blanchâtres et sédimenteuses.

8 décembre. Cathétérisme sans éthérisation, douleur excessivement vive, un peu de sang en retirant la sonde. Bromure de potassium. Légère amélioration qui ne persiste pas. Nouvelles séances de cathétérisme, injections de chloral dans la vessie, suppositoires sans succès. Mictions tous les quarts d'heures. Douleurs insupportables. Les urines sont assez claires, cependant un peu de muco-pus, pas d'albumine. Par suite de l'insomnie et des douleurs continuelles, le malade a un peu maigri ; son appétit a diminué; néanmoins il est encore vigoureux et n'a pas d'accès fébriles.

15 février. On anesthésie le malade à l'éther et on le dispose pour l'opération de la taille. Incision de 2 centimètres et demi à 3 centimètres sur le raphé médian en avant du rectum. Au fond de la plaie, le doigt reconnaît le bulbe et le cathéter qui fait saillie. Ponction du canal sur le cathéter et incision au bistouri de un centimètre et demi environ. Le lithotome est ensuite introduit et avec cet instrument, on opère deux incisions postéro-latérales. Désinfection phéniquée de la plaie, sonde en caoutchouc à demeure, pansement à la gaze antiseptique. Pas d'accidents consécutifs, envies d'uriner moins fréquentes et moins douloureuses qu'avant l'opération ; injections phéniquées et bromure de potassium. Le 2 mars, l'urine passe tout entière par l'urèthre, le malade est grandement soulagé ; mais le 6, les anciens symptômes reparaissent pendant la miction ; le 11, la plaie périnéale se rouvre et laisse de nouveau passer l'urine : on constate alors un peu d'amélioration. Le 20 mars, le malade veut à toute force rentrer chez lui. On le laisse partir.

Observation XIV.

Cystite douloureuse du col de la vessie datant de 6 ans. — Cystotomie médiane par M. Tédenat. — (Observation personnelle.)

Le nommé G... Pierre, âgé de 44 ans, célibataire, commença à éprouver, il y a 8 ans, une sensation de brûlure à la fin de la miction avec des besoins plus fréquents d'uriner ; les urines laissaient au fond du vase un léger dépôt blanchâtre. Une blennorrhagie contractée dans sa jeunesse lui avait laissé un léger rétrécissement qui avait complètement disparu à la suite de la dilatation progressive avec les bougies Béniqué.

Le malade entra une première fois à l'hôpital Saint-Eloi, en 1877, dans le service de M. le Professeur Courty ; ce chirurgien le traita par les capsules de copahu (une par jour) et la sonde en gomme à demeure qu'il ne put pas supporter. Il sortit de l'hôpital non amélioré après 22 jours de traitement.

Il reprit son métier de serrurier, mais son état ne faisait qu'empirer, les mictions se reproduisaient tous les quarts d'heure et même toutes les dix minutes ; elles étaient encore plus fréquentes la nuit et ne laissaient aucun repos au malade ; il expulsait chaque fois à peine deux ou trois gouttes d'urine qu'il payait par des douleurs intolérables.

Il entra de nouveau à l'hôpital, en 1879 ; il fut successivement traité par MM. les Professeurs Dubrueil et Courty qui lui ordonnèrent des bains sulfureux, des capsules de copahu et de térébenthine, de l'acide benzoïque, lui appliquèrent des pointes de feu sur les reins : Dubrueil pratiqua deux cautérisations du col au nitrate d'argent. Après 18 mois de traitement, G. P. sortit de l'hôpital peu amélioré. Il continua à prendre des bains et des capsules copahu ; mais ce dernier médicament l'ayant fatigué beaucoup, il le suspendit.

Cependant, malgré la grande fréquence des mictions et l'intensité des douleurs, l'état général n'était pas altéré et le malade pouvait continuer son travail de serrurier.

Il rentra pour la 3me fois à l'hôpital le 11 août 1881, dans le service de M. Tédenat qui lui administra au niveau du col des injections au nitrate d'argent renouvelées tous les trois ou quatre jours ; ce traite-

ment produisit une grande amélioration, mais le succès ne fut que momentané, car les douleurs reparurent plus fortes quelque temps après, il fallait les calmer par des injections de ¦morphine, on essaya encore sans résultat les bougies Béniqué. Les mictions étaient aussi fréquentes, aussi douloureuses et souvent accompagnées de quelques gouttes de sang. L'urine, à part un léger dépôt de mucus, n'était pas sensiblement modifiée. La vessie de ce malade, ratatinée par des contractions incessantes, pouvait à peine contenir 60 gr. de liquide; elle se montrait intolérante pour toutes sortes d'injections.

Devant l'inefficacité de tous les traitements et la mort inévitable qui attendait le malade, si une médication énergique n'était instituée, M. Tédenat se décida à pratiquer la taille médiane (procédé Bouisson); en septembre 1882, un tube en caoutchouc fut introduit dans la vessie par la plaie périnéale et laissé en place pendant 48 heures.

Les douleurs furent immédiatement modifiées et le malade put prendre dès-lors quelque repos la nuit; la fréquence des mictions diminua de moitié. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie pour favoriser la cicatrisation de la plaie périnéale; celle-ci tardant à se fermer on la cautérisa au thermo-cautère. Des capsules de copahu et de térébenthine firent disparaître complètement les mucosités de l'urine.

Le malade est entré le 16 janvier 1884 à l'Hôpital-Général où nous avons pu l'interroger: la plaie périnéale qui mit longtemps à se fermer, est aujourd'hui complètement cicatrisée; les douleurs ont tout-à-fait disparu; les mictions sont beaucoup moins fréquentes qu'avant l'opération, puisque le malade n'urine que 7 ou 8 fois dans la nuit et 5 ou 6 fois dans la journée; l'appétit est revenu, l'état général est bon et le malade très content de son nouvel état, continue à l'hôpital son métier de serrurier. Chose importante à noter, pendant le sommeil, il laisse parfois échapper involontairement ses urines.

Nous avons cru, en terminant cette étude, présenter sous forme de tableaux le résultat des opérations de cystotomie et de kolpocystotomie que nous avons pu recueillir dans les auteurs; cette statistique viendra à l'appui de nos conclusions.

TABLEAU I.

Cas de Cystotomie chez l'homme pour Cystite chronique.

NOMBRE de cas date et nom de l'opérateur	DIAGNOSTIC explicatif	MANIÈRE D'OPÉRER	ACCIDENTS	RÉSULTAT
47 cas réunis dans le mémoire de R. Weir (1880).	Cystite chronique rebelle.	Taille latérale, 32 fois. Taille bilat., 5 fois. Taille médiane, 10 fois.	»	23 Guérisons. 7 Améliorations. 4 Insuccès. 10 Morts par maladies rénales existant avant l'opération; 1 par hémorrhagie consécutive, 1 par dégénér. graiss. du cœur, 1 par cause non mentionnée.
1 Post (1880).	Id.	1 Taille latérale.	»	1 Guérison.
2 Harrison (1880), Un des cas par suite de renseign. insuffis. ne peut être utilisé pour la statistique.	»	1 Id.	»	1 Succès.
2 Thompson(1882) (British. med. journal.)	»	2 Uréthrotomie externe.	»	2 Succès.
3 Dittel (1882).	Cystite chronique, tous les traitem. ordinaires empl. sans résultat.	3 Urèthr. ext. sur portions memb., sonde à demeure.	»	2 Succès. 1 mort par néphrite suppurée et hydronéphrose.
1 Barss (1879).	Catarrhe vésical chronique datant de 5 ans avec doul. intolérables.	1 Taille latéralisée. Tube en caoutch. mis à demeure.	»	1 Mort par néphrite suppurée 17 mois après l'opération.
1 Macfie Campbell (1881).	Cystite chronique avec urines purulentes—Tous médicam. usuels int. et ext. employés sans succès.	1 Taille latérale, drain à demeure.	Agrandissement de l'ouv. 2 mois après.	1 Succès. — Avivement et suture des lèvres de la fistule.
1 Poinsot (1882)	Cystite avec inertie de la vessie et urines purul.	1 Taille prérectale. Canule de Dupuytren à demeure.	»	1 Mort un mois après l'op. avec signes paralysie prog.
1 Duplay (1883).	Cystite chronique rebelle, injection acide boriq. et nitrate d'arg. inutiles.	1 Taille médiane.	Légère fièvre traumatique.	1 Guérison.
Total 59 cas.				31 guérisons, 7 améliorations, 4 insuccès et 16 morts.

Sur un total de 59 cas de cystite chronique rebelle ayant nécessité la cystotomie, nous comptons 31 guérisons complètes et 16 morts; il faut déduire de ce dernier nombre le cas de Poinsot où une maladie intercurrente vint enlever le malade; ce qui réduit le chiffre des morts à 15, soit une moyenne de 25 pour 100; si nous ajoutons *qu'un seul cas de mort* doit être attribué à l'opération, nous trouvons que les trois-quarts des malades qui sont morts ont succombé à des complications rénales. Ce qui signifie que la cystotomie a été pratiquée trop tard dans ces cas. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister.

TABLEAU II.

Observations résumées de Kolpocystotomie pour cystite chronique

(Les observations d'Emmet et de Montrose Pallen sont empruntées à la thèse de Chevalier)

NOMBRE de cas date et nom de l'opérateur	DIAGNOSTIC explicatif	MANUEL opératoire	2me OPÉRATION et accidents	RÉSULTAT
1 Emmet (1870)	Cystite chronique grave opérée il y a 10 ans d'une vaste fistule vésico-vaginale avec inclusion du col. Calcul de la grosseur d'une noisette enkysté dans paroi supérieure.	Taille vésico-vaginale, sonde placée entre les lèvres de la plaie, lavages journaliers à l'eau chaude.	»	Opération de la fistule vésico-vaginale 6 mois après. 1 Guérison, se maintient 2 ans après.
2 Id. (1870).	Cystite chronique douloureux, avait eu auparavant une fistule vésico-vag. guérie par opérat. Lavage vésical sous le chlorof. sans résultat.	Incision transv. longue d'un pouce au-dessus du col de la vessie. Clou de verre introd. dans la plaie une semaine après l'opération.	Symptômes de pélvi-péritonite.	Fistule fermée par 8 points de suture. 1 Guérison, persistance d'une fist. vésico-vag. très petite.
3 Id. (1868).	Cystite chronique rebelle aux trait. ordinaires.	Incis. sur la ligne médiane.	Hémorrh. arrêtée par solut. alun et perchlor. de fer. Dépôts calcaires dans vagin, sympt. de péritonite, fièvre.	Fistule fermée par 8 points de suture. 1 Guérison après 1 an de traitem.
4 Id. (1868).	Cystite chronique avec hypertrophie des parois de la vessie, pelvi-péritonite.	Incision d'un pouce et demie de long, s'étend du col de la vessie au col de l'utérus.	Fermeture prématurée de la fistule, souffr. nouv., rupture des adhérences	Opération à 2 reprises de la fist. vésico-vag. 1 Guérison après 2 ans et 8 mois de trait.
5 Id.	Cystite chronique à frigore. Fistule vésico-vag. à la suite d'un abcès.	Elargissement de la fistule vés.-vaginale.	»	1 Mort par urémie 48 heures après l'opér. — Péritonite tubercul. à autopsie.
6 Montrose-Pallen (1866).	Cystite chronique avec hypertr. datant de plus. années.	Division de la cloison vésico-vag. avec des ciseaux sur la long. d'un pouce.	Fermeture prémat. de la plaie, nouvelle ouverture maintenue au moyen d'un drain.	La malade est guérie en apparence de sa cystite. 1 Mort du choléra 8 mois après.

NOMBRE de cas date et nom de l'opérateur	DIAGNOSTIC explicatif	MANUEL opératoire	2e OPÉRATION et accidents	RÉSULTAT
7 Montrose-Pallen (1869).	Cystocèle avec cystite d'orig. blennorrhag. datant de 2 ans.	Incision elliptique de la cloison vésico-vaginale.	»	Fistule fermée par 12 points de suture. 1 Guérison 15 mois après.
8 Id. (1870).	Cystite consécutive à l'extraction d'une pierre.	Réouverture de la vessie au niv. de la cicatrice de la plaie pour l'extract. de la pierre. Même incision que dans le N° 7.	»	Fistule fermée par 10 points de suture au fil d'argent. 15 mois après paralysie vésicale guérie après 4 mois de trait. par l'électricité. 1 Guérison.
9 Id. (1873).	Cystite consécutive à une cellulite snppurative du petit bassin. Atrophie vésicale.	Incision de 3/4 de pouce de long. Bouton en verre à demeure.	Réouvert. de la plaie, 5 ans après et bords touchés avec le fer chauffé au rouge.	Fistule existe encore; la malade refusant de la laisser fermer, préférant l'écoul. involont. aux souffr. redoutées de la cystite. 1 Amélioration.
10 Id. (1873).	Cystite chronique datant de 4 ans, résultat d'un travail excessif ayant duré 50 heures. Uréthrite granuleuse.	Incision elliptique comme dans l'observ. 7 et 8.	Réouvert. de la plaie et bords touchés au fer rouge.	Fistule fermée un an après par 9 points de suture. Incontinence d'urine pendant la période menstruelle. 1 Guérison.
11 Montrose-Pallen (1876.)	Uréthro-cystite datant de 14 mois avec ulcération autour du col. La malade a été dilatée 11 fois.	Divis. de la cloison vésico-vag. au galvano-caut., maintenue aussi près de la chaleur rouge que possible.	»	Vessie lavée pendant 8 mois à l'eau phéniquée et à l'extr. liquide de pinnus canadensis, 14 points de suture au fil d'argent. Malade paraît guérie, quoique encore en observat. 1 Succès.
12 Id. (1877).	Paralysie avec dilat. excentr. et cystite gran. avait subi l'opérat. de Battey 5 ans avant, pour une névralgie de l'or. g. Urèthre dilaté 10 fois. Morphiomane.	Divis. de la clois. vésico-vag. sur 7/8 de pouce au galvano-caut. porté au rouge.	Plaie guérie en 2 mois. Nouvelle opérat. au thermo-caut.	En deux mois et demi la malade avait gagné 12 livres, la vessie est encore sensible et la fait souffrir considérablement pendant les périodes menstruelles, cependant la malade est délivrée des souffr. du cathétérisme qui lui avait été fait 4 fois par jour pendant plus d'un an. 1 Amélioration.
13 Id. (1877).	Cystite datant de 11 ans, avec hypertr. excentr. des parois de la vessie.	Divis. de la clois. vésico-vag. sur une long. d'un pouce avec thermo-caut. porté au rouge sombre.	»	Maladie améliorée, plus de souffrances, l'urine coule librement. 1 Amélioration.
14 Dr Warren (1878).	Cystite chronique rebelle à tous les traitements.	Incis. longue d'un pouce environ.	Nouvelle incis. 5 mois après pour agrandir la fistule.	Fistule fermée par 17 points de suture métalliq. Opération renouvelée à cause d'un orif. persist. 1 Guérison complète, 5 mois après.
15 Elder (juillet 1883).	Cystite sub-aiguë avec ténesme et mictions fréquentes.	Fistule vésico-vag. cathéter ailé fixé à un long tube mis à demeure.	»	Fistule traitée par cautér. au nitrate d'arg. 1 Guérison complète 3 mois après l'opérat.
Total 15	Résultat : 10 guérisons complètes, 3 améliorations et 2 cas de mort.			

Nous n'avons pu réunir que 15 cas de cystotomie pour cystite chronique, chez la femme, bien que cette opération soit plus fréquemment pratiquée chez cette dernière que chez l'homme. Cela tient sans doute à ce que les observations en raison de leur fréquence même ne sont plus publiées par les chirurgiens américains. Notre statistique est cependant suffisante pour démontrer la bénignité et le succès de la kolpocystotomie. Nous comptons $^2/_3$ de guérisons complètes après une moyenne de 8 mois et demi de traitement; un seul cas de mort a suivi l'opération, et l'autopsie révéla une péritonite tuberculeuse. Dans l'autre cas, la malade mourut du choléra 8 mois après, guérie en apparence de sa cystite.

La plupart des observations de cystotomie pour contracture douloureuse du col étant rapportées plus haut, nous nous contenterons de donner ici le résultat des opérations que nous avons pu recueillir. Sur 10 cas (1), nous constatons 4 guérisons complètes, 3 améliorations, 1 insuccès et 2 cas de mort par lésions rénales; l'opération dans ces deux derniers cas avait supprimé la douleur et les troubles urinaires.

(1) Aux 8 cas publiés précédemment, nous ajoutons 1 cas de Verneuil (Taille prérectale pour une cystalgie rebelle) et 1 cas de Medora de Padoue (Relation de Parona).

CONCLUSIONS.

La cystotomie est indiquée :

1° Dans toute cystite chronique passée au 3me degré et rebelle aux traitements ordinaires; ceux-ci en raison des lésions avancées échouent le plus souvent, de sorte qu'il ne faut pas trop compter sur leur emploi prolongé et on doit opérer au plus tôt.

2° Lorsque, dans la forme grave, le cathétérisme et les injections médicamenteuses, par suite de spasmes douloureux ou d'ulcérations de la muqueuse vésicale, deviennent impraticables.

Par cette opération, on assurera le libre écoulement de l'urine et de tous les produits engendrés par la muqueuse altérée, on accordera le repos au muscle vésical surmené et on supprimera ainsi les douleurs si vives qui résultent de ces contractions pathologiques ; on fera enfin de la cavité vésicale une plaie ouverte au grand jour, et sur laquelle on pourra appliquer directement les traitements modificateurs.

Chez l'homme, la cystotomie trouve également son indication dans ces états pathologiques du col où l'élément contracture douloureuse du sphincter vésical est prédominant, lorsque tous les traitements ordinaires ont échoué ou sont inapplicables ; la contracture douloureuse idiopathique nécessite spécialement l'opération sanglante.

Chez la femme, la dilatation forcée nous paraît préférable, à moins que le catarrhe vésical ne soit venu s'ajouter à la contracture.

La cystotomie et la kolpocystotomie sont des opérations rationnelles et relativement bénignes. Leur contre-indication

capitale est l'altération rénale qui malheureusement ne se révèle par aucun signe pathognomonique.

La taille périnéale, chez l'homme, et la fistule vésico-vaginale chez la femme, constituent les meilleurs procédés d'incision de la vessie.

L'occlusion de la fistule urinaire est souvent une question de tact ou de tâtonnements de la part du chirurgien.

Les inconvénients de l'ouverture vésicale sont largement compensés par le grand soulagement immédiat qu'elle procure et par la guérison complète qu'elle assure à la majorité des malades voués, sans cela, à une mort certaine.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
BENOIT.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

François Collot. — Traité de l'opération de la taille, Paris 1787.

Dolbeau. — Leçons de clinique chirurgicale, 1867.

Desault. — Œuvres chirurgicales, 1799.

Deschamps. — Traité historique et dogmatique de l'op. de la taille, 1726.

Thompson. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, 1880.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. 1824 t., IX.

Tillaux. — Anatomie topographique, 1879.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1881.

Voillemier et Le Dentu. — Traité des maladies des voies urinaires, t. II, 1881.

Delafosse. — Leçons cliniques sur la contracture du col vésical, 1880.

Emmet. — Chronic cystitis in the female and mode of treat. Lionsville 1872.

W. Parker. — Cystite et rupture de la vessie traitée par la cystotomie, in New-York medical journal, 1867.

Parona. — Caso di spasmo del collo della vesica guar. col. cystotomia. Rivista clinica, Bologne 1873.

Bozemann. — Urethrocele, catarrh. and ulcer of the Bladder in females (New-York journal of obstet. for february, 1871.)

Montrose-Pallen. — Kolpocystotomyor artificial vesico-vag. fistule (American journal of obstetrics, t. IV, 1878.)

Gross. — Des symptômes et du trait. de la cystite chez les hommes (Boston medical journal, 1878.)

Robert Weir. — Cystotomie dans la cystite chronique (in Transactions of the amer. medical. assoc. 1880.)

Laforest. — Contribution à l'étude des cystites du col de la vessie, thèse de Paris, N° 289, 1878.

Hayes Agnews. — A new mode of treatm. forcystitis (in Philadelphie med. Times, 1881.)

Sockeel. — Contracture doul. du col de la vessie, thèse de Paris 1874, N° 114.

Le Garrec. — Etude sur l'emploi des bougies de Béniqué dans le trait. des rétréc. uréthr. blennorrh. chronique et contract. doul. du col de la vessie, thèse Paris 1876, N° 85.

Gergaud. — De la cystalgie et de son trait. chirurg., thèse de Paris 1882, N° 255.

Chevalier. — Essai sur le traitem. de la cystite chronique par la cystotomie chez l'homme et chez la femme, thèse de Bordeaux 1882, N° 14.

Boymond. — Du trait. des cystites spasmod. rebelles par la dilatat. du sphincter, pratiquée à la fav. d'une boutonnière, thèse de Lyon 1882.

Chiene. — Drainage de la vessie (Edimbourg, med. journ. 1880, p. 516.)

Elder. — Cystotomie dans un cas de cystite subaiguë (Lancet, 7 juillet 1883.)

Thompson. — 14 cas d'explorat. de la vessie par une bout. périnéale (Lancet 10 février 1884).

Wittelshofer. — Incision exploratrice de la vessie (Vien med. Woch, N° 19, 1883.)

Bazy. — Du diagnostic des lésions des reins dans les mal. des voies urin., thèse Paris 1880.

Struppi. — Traitement de la cystite chronique des femmes (Vien. med. Presse, 1883.)

Horovitz. — Die Behandlung schwerer Blazenkatarrhe durch Blasenschnitt (in Wien. med. Wochenschrift, N°s 13 et 14. 1883.)

H. Morris. — Remarks ou exploration of the Bladder and the treatm. of cystitis by median urethrotomy (Medic. Times and Gazet. 28 juillet 1883).

Verneuil. — Gazette des hôpitaux 1881, N° 4.

Duplay. — Archives de médecine, août 1883, t. II, p. 210.

Nœggeratts. — Kolpocystotomy for cystitis and prolapsus of the Bladder (Americ. journ. of obstet. 1882, p. 13.)

Mefie Campbell. — Chronic cystitis. Cystotomy (Lancet, t. I, avril 1882.)

J. Chauvel. — Cystite et cystotomie in Dict. encyc. des sc. méd. 1880.

Warren J. Collins. — Cystotomy for cystitis (Boston med. and surg. journ. 1881.)

Harrison. — Lectures on the surg. Disorders of the urinary organs (1880).

William Polk. — Vaginal cystotomy in a case of paralysis of the Bladder (New-York med. journal (septembre 1884).

N. San Juan. — Cystotomy for vesical tenesmus (New-York, med. journ. 27 décembre 1884).

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !